

# KFZ-Schadenmeldung

An die \_\_\_\_\_ (Versicherungsanstalt)

Schadenmeldung zu folgender(n) Sparte(n):

<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Insassen-Unfall	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz
--------------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------

\_\_\_\_\_  
**Polizzenummer** (unbedingt angeben)

\_\_\_\_\_  
**Schadennummer** (wenn bekannt)

**Unfalldaten:**

**Tag des Unfalles:** \_\_\_\_\_

**Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Schadenort** (Ort, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein): \_\_\_\_\_

**Behördliche Unfallaufnahme:**

nein       ja      Behörde: \_\_\_\_\_  
Aktenzahl: \_\_\_\_\_

**Bei Entwendungs-, Brand-, Wild-, Haustier-, Park- oder Vandalismusschaden ausfüllen!**

Die Anzeige erfolgte am: \_\_\_\_\_

Wegen: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

Aktenzahl: \_\_\_\_\_

<b>Versicherungsnehmer A</b>	<b>Beteiligter B</b>
<b>Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname</b>	<b>Eigentümer: Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname</b>
<b>Straße, Hausnummer, Stiege, Tür</b>	<b>Straße, Hausnummer, Stiege, Tür</b>
<b>Postleitzahl und Ort</b>	<b>Postleitzahl und Ort</b>
<b>Tel.-Nr. tagsüber</b>	<b>Tel.-Nr. tagsüber</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe</b>	<b>Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe</b>
<b>Baujahr, behördl. Kennzeichen</b>	<b>Baujahr, behördl. Kennzeichen</b>
<b>Fahrgestell-Nr. und Kilometerstand</b>	<b>Fahrgestell-Nr. und Kilometerstand</b>
<b>Leasing-Fahrzeug</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Leasing-Fahrzeug</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Vorsteuerabzugsberechtigt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Vorsteuerabzugsberechtigt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Rechtsschutzversicherer und Polizzenummer</b>	<b>Haftpflichtversicherer und Polizzenummer</b>
<b>Kaskoversicherer und Polizzenummer</b>	<b>Kaskoversicherer und Polizzenummer</b>
<b>Fahrzeuglenker A</b>	<b>Fahrzeuglenker B</b>
<b>Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname</b>	<b>Name, Vorname, Titel bzw. Firmenname</b>
<b>Straße, Hausnummer, Stiege, Tür</b>	<b>Straße, Hausnummer, Stiege, Tür</b>
<b>Postleitzahl und Ort</b>	<b>Postleitzahl und Ort</b>

Tel.-Nr. tagsüber		Tel.-Nr. tagsüber	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Beruf	Staatsbürgerschaft	Unfallbedingte Führerscheinabnahme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Führerschein-Nr.	Gruppen		
Ausstellungsbehörde	Ausstellungsdatum		

### Allgemeine Fragen

Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen gelenkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welchem Zweck diente die Fahrt?	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> geschäftlich
Wurde ein Alkotest vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War der Lenker alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verhältnis zum Beteiligten (B) bzw. Fahrzeuglenker (B)?	<input type="checkbox"/> bekannt	<input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> fremd
Verhältnis zum Versicherungsnehmer (A)?	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiges

<b>Schäden am eigenen Fahrzeug</b>	<b>Schäden am beteiligten Fahrzeug</b>
Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen?	Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt oder gestohlen?
Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?	Wann und wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?
Geschätzte Schadenhöhe?	Geschätzte Schadenhöhe?

### Sonstiger Sachschaden

Was wurde beschädigt?
Ungefähre Schadenhöhe?
Name und Anschrift des Eigentümers?

### Angaben über verletzte oder getötete Personen

Name, Anschrift, Alter und Beruf der Person			
Art der Verletzung?			
Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spitals?			
Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	vom/bis:
Krankenstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	vom/bis:
Grad der Verletzung	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	
Gurt oder Helm verwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fahrzeuginsasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?			

### Mitfahrer und Zeugen

Name, Anschrift und Tel.-Nr. der Mitfahrer
--

### Unfallhergang

Fahrzeuglenker A	Fahrzeuglenker B	Schilderung des Schadenfalles, besondere Bemerkungen: <b>[Hier klicken und Daten eingeben]</b>	
<input type="checkbox"/>	hat geparktes Fahrzeug beschädigt		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	hat den Rechtsvorrang missachtet		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	hat eine Stopp-/Nachrangtafel nicht beachtet		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	hat den fließenden Verkehr nicht beachtet		<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	fuhr auf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	fuhr zurück	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	wechselte den Fahrstreifen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	hat als entgegenkommender Linksabbieger den Vorrang nicht beachtet	<input type="checkbox"/>

**Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet?**

Fahrzeuglenker A                       Fahrzeuglenker B                       sonstiger

**Die Überweisung soll erfolgen an:**

Versicherungsnehmer: Bank: \_\_\_\_\_

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Reparaturwerkstätte

**Bitte beachten!**

- Wenn Sie von einem Gericht oder einer Behörde eine Klage, Ladung oder Strafverfügung erhalten, setzen Sie sich bitte sofort mit Ihrer Versicherungsanstalt in Verbindung.
- Bitte informieren Sie Ihren Lenker entsprechend.
- Geben Sie bei allen Mitteilungen und Anfragen unbedingt die Polizzennummer und Schadennummer (wenn bekannt) an.

Sonstiges:

Die Unterzeichneten sind allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt.

Ich (Wir) ermächtige(n)

Herrn/Frau .....

der [**Hier** klicken und Namen der Versicherung eingeben], bei Behörden, Ärzten und Krankenanstalten Auskunft einzuholen bzw. in deren Akten (insbesondere auch in Straf- und/oder Verwaltungsverfahren) Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Fahrzeuglenkers