

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: _____

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

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

Schäden am eigenen Fahrzeug	Schäden am beteiligten Fahrzeug
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: [Hier klicken und Daten eingeben]	
<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"/>

