

# Kraftfahrzeug-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

## ART DER VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflcht Polizzennummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kasko Polizzennummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Insassenunfall Polizzennummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz Polizzennummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige Polizzennummer <input type="text"/>
--	---	--	--	--

## VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firma	<input type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

## VERSICHERTES FAHRZEUG

Art (PKW, LKW) <input type="text"/>	Marke, Type <input type="text"/>	Erstzulassung <input type="text"/>	Fahrgestell-Nr. <input type="text"/>	Kennzeichen <input type="text"/>
--	-------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------------

## LENKER

Vor- und Zuname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

## FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS

Ausstellende Behörde <input type="text"/>	Ausstellungsdatum <input type="text"/>	Nummer <input type="text"/>	Gruppen <input type="text"/>
---	---	--------------------------------	---------------------------------

## EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
--	-----------------------------

Behördlich aufgenommen? ☐ ja ☐ nein Von wem?

Geschäftszahl:

Ihre Beurteilung des Verschuldens:

☐ Eigen- ☐ Teil- ☐ kein Verschulden

Genaue Sachverhaltsdarstellung

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)

### FREMDES FAHRZEUG

Art, Marke, Type	Kennzeichen	Haftpflichtversicherer	Kaskoversicherer

Fahrzeughalter (Name, Anschrift)

Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?	Erkennbare Vorschäden?

### SONSTIGE SACHSCHÄDEN

Beschädigte Sachen	Höhe des Schadens

Eigentümer

### PERSONENSCHADEN

Verletzte Person(en) Name, Anschrift, Telefon	Art der Verletzung(en)


Sind Sie oder Ihr Lenker mit den Verletzten verwandt?

--

#### **EIGENER FAHRZEUGSCHADEN**

Welche Teile Ihres Fahrzeuges wurden beschädigt?	Wie hoch schätzen Sie den Schaden?

#### **ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR KASKO UND RECHTSSCHUTZ**

Wo (in welcher Werkstätte) und wann ist eine Besichtigung möglich?


Ist Ihr Fahrzeug geleast?

☐ ja      ☐ nein

Leasinggesellschaft:

--

#### **EINSCHALTUNG EINES RECHTSANWALTES IN DER RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG**

Überlassen Sie die Auswahl eines Anwaltes der Versicherungsgesellschaft oder wünschen Sie einen bestimmten im Gerichts-(Verwaltungs-)Bezirk ansässigen Anwalt Ihres Vertrauens?


Ich (Wir) ermächtige(n) die Versicherungsgesellschaft Einsicht in alle gegenständlichen Vorfälle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht etc.) zu nehmen.

Ort:	Datum:
------	--------

**Unterschrift des Lenkers**

**Unterschrift des Versicherungsnehmers**

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch die Versicherungsgesellschaft einverstanden.