

Kraftfahrzeug-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

--

ART DER VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflicht 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"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer <input type="text"/>	<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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Von wem? <input type="text"/>
Geschäftszahl: <input type="text"/>			

Ihre Beurteilung des Verschuldens:

Eigen- Teil- kein Verschulden

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)

FREMDES FAHRZEUG

Art, Marke, Type	Kennzeichen	Haftpflichtversicherer	Kaskoversicherer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fahrzeughalter (Name, Anschrift)

Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?	Erkennbare Vorschäden?

SONSTIGE SACHSCHÄDEN

Beschädigte Sachen	Höhe des Schadens
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eigentümer	
------------	--

PERSONENSCHÄDEN

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 Werkstatt) 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 Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht etc.) zu nehmen.

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

Unterschrift des Lenkers	Unterschrift des Versicherungsnehmers
	<p>Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch die Versicherungsgesellschaft einverstanden.</p>