

# Kraftfahrzeug-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

## ART DER VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflicht Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Kasko Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Insassenunfall Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Sonstige Polizzenummer
--	--	---	---	---

## VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firma	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

## VERSICHERTES FAHRZEUG

Art (PKW, LKW)	Marke, Type	Erstzulassung	Fahrgestell-Nr.	Kennzeichen
----------------	-------------	---------------	-----------------	-------------

## LENKER

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

## FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer	Gruppen
-------------------------	-------------------	--------	---------

## EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit	Ort
----------------------	-----

Behördlich aufgenommen?  ja  nein Von wem?

Geschäftszahl:

Ihre Beurteilung des Verschuldens:

Eigen-  Teil-  kein Verschulden

Genau 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:
------	--------

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