

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

- Kraft-Haftpflicht
 Vollkasko SB EUR
 Teilkasko SB EUR
 Kraft-Insassen-Unfall

Versicherungsschein-Nr.

Der Schaden wurde gemeldet durch

- Versicherungsnehmer/in
 Anspruchsteller/in Uhrzeit
 Werkstatt PLZ, Unfallort
 Mietwagenunternehmen
 Sonstige

Schadentag, Datum

Versicherungsnehmer/in, Name

Anspruchsteller/in, Name

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon/Telefax privat

Telefon/Telefax geschäftlich

Telefon/Telefax privat

Telefon/Telefax geschäftlich

Amtliches Kennzeichen

Schadenhöhe ca.

Amtliches Kennzeichen

Schadenhöhe ca.

Modell/Typ

km-Stand.

Baujahr

Modell/Typ

Fahrer/Name, Anschrift

Personenschaden ja nein

Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen

Führerscheindaten (Nr./Klasse/vom/ausgestellt durch)

Unfall polizeilich aufgenommen ja nein

Blutprobe bei Fahrer ja nein

Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Schadenschilderung

- Auffahrschaden
 Parkschaden
 Einbruchschaden/Teilediebstahl
 Brandschaden
 Vorfahrt verletzt
 Sturm-/Hagelschaden
 Totaldiebstahl
 Sonstiger KH-KF-Schaden
 Fahrspurwechsel
 Glasschaden
 Wildschaden

Bemerkungen zu Schadenschilderung oder sonstiger Schaden

Fahrbereit
Kfz kann besichtigt werden

- ja nein KW
 VN Werkstatt Sonst.
 am

Name, Anschrift

- vormittags nachmittags

Telefon

Telefax

Vorsteuer ja nein

Leasing ja nein

Konto-Nr.

Unterschrift des VN:

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Ergänzung bei Personenschäden

Versicherungsschein-Nr.

Schaden-Nr.

Angaben über Verletzte

Verletzte insgesamt _____

Im Versicherungsnehmer-Kfz

Beteiligt als

1. Fahrer
 2. Insasse Sozium

Im Anspruchsteller-Kfz

Beteiligt als

1. Fahrer
 2. Insasse Sozium

Weitere Verletzte

Beteiligt als

1. Fußgänger
 2. Radfahrer

1. Anschrift Fahrer

Name, Vorname

1. Anschrift Fahrer

Name, Vorname

1. Anschrift Fußgänger

Name, Vorname

Straße

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Art der Verletzung

Art der Verletzung

Art der Verletzung

Angegurtet/Helm

- ja nein

Angegurtet/Helm

- ja nein

2. Anschrift Insasse, Sozium

Name, Vorname

2. Anschrift Insasse, Sozium

Name, Vorname

2. Anschrift weitere Verletzte

Name, Vorname

Straße

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Art der Verletzung

Art der Verletzung

Art der Verletzung

Angegurtet/Helm

- ja nein

Angegurtet/Helm

- ja nein

-2-