

Schadensmeldung Kfz

Polizzen-Nr.:

Schadens-Nr.:

Versicherungsnehmer: Familienname Vorname	Telefon-Nr.:
PLZ, Ort, Straße, Nr.	E-Mail

Angaben zum eigenen Fahrzeug:

Art, Fabrikat, Type	Kennzeichen	Km-Stand
Lenker: Familienname, Vorname	Geburtsdatum:	
PLZ, Ort, Straße, Nr.	Telefon-Nr.:	
Führerschein-Nr.:	Gruppe:	Ausstell. Behörde u. Datum

Ereignis:

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

Art des Schadens:	<input type="checkbox"/> Kollision mit fremdem Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Parkschaden
	<input type="checkbox"/> Kollision mit fremden Sachen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
	<input type="checkbox"/> Kaskoschaden	<input type="checkbox"/> _____

Angaben zum eigenen Fahrzeugschaden

Welche Teile wurden beschädigt?	Schadenshöhe ca.
---------------------------------	------------------

Genauere Schilderung des Ereignisablaufes mit Skizze:

Aufnahme des Schadens durch Polizei? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja in:
Wer trägt an diesem Ereignis Schuld und warum? <input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein Verschulden
Zeugen: Name, Anschrift, Telefon:

Angaben zum fremden Fahrzeug

Art, Fabrikat, Type	Kennzeichen:
Kfz-Haftpflichtversichert bei:	Polizzen-Nr.:
Welche Teile wurden beschädigt?	Schadenshöhe ca.
Zulassungsbesitzer des fremden Fahrzeuges: Name, Anschrift, Telefon:	
Lenker des fremden Fahrzeuges: Name, Anschrift, Telefon:	

Sonstiger Sachschaden

Was wurde beschädigt?	Schadenshöhe ca.
Eigentümer: Name, Anschrift, Telefon:	

Körperverletzung und/oder Tötung von Personen

1.Name	Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Geburtsdatum
Anschrift:		
Art der Verletzung	Angegurtet <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

2.Name	Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Geburtsdatum
Anschrift:		
Art der Verletzung	Angegurtet <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Ich (Wir) ermächtigen die _____, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden _____ Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

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

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Lenkers
---------------	---------------------------------------	--------------------------