



VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

**KRAFTFAHRZEUG  
SCHADENANZEIGE**

**ART DER VERSICHERUNG**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haftpflicht<br>Polizzennummer | <input type="checkbox"/> Kasko<br>Polizzennummer | <input type="checkbox"/> Insassenunfall<br>Polizzennummer | <input type="checkbox"/> Rechtsschutz<br>Polizzennummer |
|--|--|---|---|

**VERSICHERUNGSNEHMER**

|                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| Vor- und Zuname / Firmenname | Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr) |
| Straße, Hausnummer           | Postleitzahl, Ort               |

**VERSICHERTES FAHRZEUG**

|                |             |               |                   |             |
|----------------|-------------|---------------|-------------------|-------------|
| Art (PKW, LKW) | Marke, Type | Erstzulassung | Fahrgestellnummer | Kennzeichen |
|----------------|-------------|---------------|-------------------|-------------|

**LENKER**

|                    |                   |                            |
|--------------------|-------------------|----------------------------|
| Vor- und Zuname    | Geburtsdatum      | Telefon (zwischen 8 und 16 |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |                            |

**FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS**

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

**ANGABEN ZUM EREIGNIS**

|  |       |         |  |
|--|-------|---------|--|
| Ereignisort                                  | Datum | Uhrzeit | Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen? |
| Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufs |       | Skizze  |  |

|   |  |
|---|--|
| Von welcher Behörde wurde das Ereignis aufgenommen? | Ihre Beurteilung des Verschuldens:<br><input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein   verschulden |
|---|--|

|  |
|--|
| Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift) |
|--|

### FREMDES FAHRZEUG

bei mehreren beteiligten Fahrzeugen bitte Beiblatt verwenden

|   |             |                           |
|---|-------------|---------------------------|
| Art, Marke, Type                              | Kennzeichen | Versicherer, Polizzaummer |
| Fahrzeughalter (Name, Anschrift)              |             |                           |
| Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt |             | Erkennbare Vorschäden?    |

### SONSTIGE SACHSCHÄDEN

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| Beschädigte Sachen           | Höhe des Schadens |
| Eigentümer (Name, Anschrift) |                   |

### PERSONENSCHADEN

|   |  |
|---|--|
| Verletzte Person(en) (Name, Anschrift, Telefon)           | Art der Verletzung(en)                           |
| Sind Sie oder der Lenker mit dem/den Verletzten verwandt? | Insassen des eigenen Fahrzeuges<br>Inkl. Lenker? |

### EIGENER FAHRZEUGSCHADEN

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

### ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR KASKO UND RECHTSSCHUTZ

|  |                      |
|--|----------------------|
| Wo (in welcher Werkstätte) ist eine Besichtigung möglich?                              | Ab wann?             |
| Ist Ihr Fahrzeug geleast?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leasinggesellschaft: |

### BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

|  |
|--|
|  |
|--|

Ich (Wir) ermächtige(n) meinen (unseren) Kraftfahrzeug-Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch meine Versicherung einverstanden.

|            |                          |                                       |
|------------|--------------------------|---------------------------------------|
|            |                          |                                       |
| Ort, Datum | Unterschrift des Lenkers | Unterschrift des Versicherungsnehmers |