

Kfz-Schadenanzeige

Kraftfahrt-Haftpflicht-Schadenfall:	<input type="checkbox"/> ja	Kasko-Schadenfall:	<input type="checkbox"/> ja
Versicherungsnehmer:	<input type="text"/>		
Amtliches Kennzeichen:	<input type="text"/>		
Versicherungsschein-Nr.:	<input type="text"/>		
War das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt mit einem Anhänger verbunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja: Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>		
Versicherer & Versicherungs-Nr.: (falls nicht über uns versichert)	<input type="text"/>		
Schadentag:	<input type="text"/>		
Uhrzeit:	<input type="text"/>		
Schadenort:	<input type="text"/>		
Fahrer: Name + Anschrift	<input type="text"/>		
Geburtsdatum + Führerscheindaten	<input type="text"/>		
Alkoholgenuß / Drogen / Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutprobe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Schäden am eigenen Kfz entstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Höhe der Reparaturkosten:	<input type="text"/>		
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	<input type="text"/>		
Vorschäden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremdschaden:			
Anspruchsteller: (Name und Anschrift)	<input type="text"/>		
Entstandener Sachschaden: (bei Kfz bitte Kennzeichen angeben)	<input type="text"/>		
Schadenhergang (Genaue Schilderung evtl. mit Skizze, ggf. auf besonderem Blatt):	<input type="text"/>		
Zeugen:	<input type="text"/>		
Polizeiaufnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dienststelle + Tagebuch-Nr.:	<input type="text"/>		
Gebührenpflichtige Verwarnung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Name:	<input type="text"/>		
Höhe:	<input type="text"/>		
Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers		