

Krafftahrt-Schadenanzeige




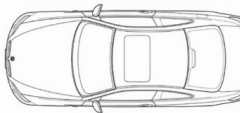
Aufgenommen von: _____

Telefon: _____

Schadenmeldung von Versicherungsnehmer Anspruchsteller _____

Schadentag Datum: _____ Zeit: _____ Uhr Ort: _____

Kfz-Haftpflicht Schaden-Nr.: _____
 Teilkasko (Brand-, Diebstahl-, Wild-, Glas- oder Elementarschaden) SB _____ Euro Schaden-Nr.: _____
 Vollkasko SB _____ Euro

| | |
|---|--|
| Versicherungsgesellschaft (Name, Anschrift) | |
| Versicherungsnehmer (Name, Anschrift) | Beteiligter (weitere Beteiligte siehe Rückseite) |
| Tel.-Nr. (privat): _____ tagsüber: _____ | Tel.-Nr. (privat): _____ tagsüber: _____ |
| Versicherungsschein-Nr.: _____ | Versicherungsschein-Nr.: _____ |
| Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ___ % | Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ___ % |
| Fahrzeugart: _____ Fabrikat: _____ | Fahrzeugart/Objekt: _____ |
| Verwendung: _____ | Fabrikat: _____ Typ: _____ |
| Typ: _____ Amtl. Kennz.: _____ | Amtl. Kennzeichen: _____ |
| Fahrgestell-Nr.: _____ | Tag der Erstzulassung: _____ |
| Tag der Erstzulassung: _____ | Versichert bei: _____ |
| Leasing <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sicherungs-Schein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Versicherungsschein-Nr.: _____ |
| Name des Fahrers: _____ Alter: _____ | Vollkasko: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Selbstbeteiligung: _____ Euro |
| Führerschein-Kl.: _____ Ausgestellt am: _____ | Teilkasko: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ausstellende Behörde: _____ | Ist das Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Alkohol: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Blutprobe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Beschädigt ist: _____ |
| Bei Diebstahl: Wie war das Fahrzeug gesichert? Wo waren die Fahrzeugschlüssel aufbewahrt? _____ | <div style="display: flex; align-items: center;">   </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div> |
| Schutzbrief: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: _____ | Bitte machen Sie den Schadenbereich kenntlich |
| Beschädigt ist: _____ | Wo kann das Fahrzeug von 08 ⁰⁰ bis 17 ⁰⁰ Uhr besichtigt werden? (Bitte Anschrift und Rufnummer angeben) |
| Wo kann das Fahrzeug von 08 ⁰⁰ bis 17 ⁰⁰ Uhr besichtigt werden? (Bitte Anschrift und Rufnummer angeben) | Wo kann das Fahrzeug von 08 ⁰⁰ bis 17 ⁰⁰ Uhr besichtigt werden? (Bitte Anschrift und Rufnummer angeben) |
| SV-Auftr. Am/an: <input type="checkbox"/> Verletzte Insassen beim Versicherungsnehmer Angegurtet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | SV-Auftr. Am/an: <input type="checkbox"/> Verletzte Insassen beim Versicherungsnehmer Angegurtet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Art der Verletzung: _____

Andere Verletzte: _____ Art der Verletzung: _____

Schadenhergang (bitte ausführlich mit Skizze; ggf. Rückseite benutzen): _____

Zeugen: nein ja (Name, Anschrift, Tel.): _____

Polizeilich aufgenommen: nein ja Anschrift der Dienststelle: _____

Tagebuch-Nr.: _____

Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach besten Gewissen beantwortet.
Wir weisen Sie auf § 7 AKB hin. Danach sind Sie zur Aufklärung und Schadensminderung verpflichtet. Es ist mir bekannt, dass unwahre Und bewusst unvollständige Angaben zur Versagung des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Anzahl der insgesamt beteiligten Fahrzeuge: _____

Weitere Beteiligte:

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Tel.: _____ Kennz.: _____ | Tel.: _____ Kennz.: _____ |
| versichert bei: _____ | versichert bei: _____ |

Raum für weitere Angaben:

Unfallskizze

