

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Kfz-Schadenmeldung | Polizzenummer: |
| | Versicherungsgesellschaft: |

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HAFTPFLICHT | <input type="checkbox"/> KASKO | <input type="checkbox"/> INSASSENUNFALL | <input type="checkbox"/> RECHTSSCHUTZ |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|

| Versicherungsnehmer | |
|----------------------------|----------|
| Name: | Tel.Nr.: |
| Adresse: | |

| LENKER DES EIGENEN FAHRZEUGES | | | |
|--|------------------|-----------------|------------------|
| Name: | | Tel.Nr.: | |
| Adresse: | | Geburtsdatum: | |
| Führerscheinnummer: | Fahrzeugklassen: | Ausgestellt am: | Ausgestellt von: |
| Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? <input type="checkbox"/> JA – welche und wieviel? <input type="checkbox"/> NEIN | | | |

| EIGENES FAHRZEUG | | | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------|
| Art: | Marke, Type: | Fahrgestellnummer: | Kennzeichen: |
| Beschädigungen: | | | |

| ANGABEN ZUM UNFALL |
|---|
| Schadendatum / Uhrzeit / Ort: |
| Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? Durch wen? Aktenzahl? |
| Was ist passiert (Schilderungen und Skizze)? |

| EIGENTÜMER DES FREMDEN FAHRZEUGES | |
|--|----------|
| Name: | Tel.Nr.: |
| Adresse: | |

| LENKER DES FREMDEN FAHRZEUGES | | | |
|--|------------------|-----------------|------------------|
| Name: | | Tel.Nr.: | |
| Adresse: | | | |
| Führerscheinnummer: | Fahrzeugklassen: | Ausgestellt am: | Ausgestellt von: |
| Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? o JA – welche und wieviel? o NEIN | | | |

| FREMDES FAHRZEUG | | | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------|
| Art: | Marke, Type: | Fahrgestellnummer: | Kennzeichen: |
| Beschädigungen: | | Versichert bei: | |
| | | Pol.-Nr. | |

| WURDE JEMAND VERLETZT? | | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Name: | Tel.Nr.: | | |
| Adresse: | Art der Verletzung: | | |

| SONSTIGE INFORMATIONEN | |
|---|---|
| Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift, Tel.Nr.): | |
| Wann und in welcher Werkstätte ist eine Besichtigung möglich? | |
| Ist Ihr Fahrzeug geleast? | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN |
| Leasinggesellschaft: | |

Ich (Wir) ermächtige(n) die oben angeführte Versicherungsgesellschaft Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffende Akten bei Behörden (Polizei, Gericht etc.) zu nehmen.

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