

Vor- u. Zuname des VN/Firma	Telefon (zw. 8 u. 16 Uhr)
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	

		Polizzenummer	Versicherungsgesellschaft
<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflicht		
<input type="checkbox"/> Kollisionskasko	<input type="checkbox"/> Elementarkasko		
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Insassenunfall		
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Kfz-RS		
<input type="checkbox"/> Sach	<input type="checkbox"/> SONSTIGES		

<input type="checkbox"/> Glasbruch	<input type="checkbox"/> Leitungswasser	<input type="checkbox"/> Einbruch, Diebstahl	<input type="checkbox"/> Brand, Blitzschlag, Explosion	<input type="checkbox"/> Kühlgut
<input type="checkbox"/> Beraubung	<input type="checkbox"/> Ind. Blitzschlag	<input type="checkbox"/> Naturereignisse	<input type="checkbox"/> Elektrogeräte	

Schadendatum/Uhrzeit  Ort

Verletzte  ja  nein Verletzung:

Behördliche Aufnahme  ja  nein von wem?  GZ

Schilderung:

Ihre Beurteilung des Verschuldens?  KEIN Verschulden  Teilverschulden  Eigenverschulden

Besch. Sache(n) (Marke, Type)	Alter	Anschaffungspreis	Rep.-Kosten

KFZ  
VN

Art (PKW/LKW)	Marke/Modell/Type	Erstzulassung	Kennzeichen	Farbe

Fahrgesell Nr.  Leasinggeber/Vinkulierung der Kaskoverssicherung

Beschädigte Fahrzeugteile	Vorschäden

Besichtigung?	Voraussichtliche Schadenhöhe?	Wo?	Wann?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Lenker  
VN-Kfz

Vor- u. Zuname	Geb.-Datum	Telefon

PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	FS-Nr.	Gruppe(n)	ausgestellt am...	...von

Kfz Unfall-Gegner	Fahrzeugart	Marke/Modell/Type	Insassenzahl	Erstzulassung	Kennzeichen	Farbe
	Fahrgestellnummer		Haftpflicht-VR/Pol.Nr.		Kasko-VR/Pol. Nr.	
	Beschädigte Fahrzeugteile			Erkennbare Vorschäden		

Eigentümer (fremdes Kfz)	Vor- u. Zuname		Geb.-Datum	Telefon	
	PLZ/Ort/Straße/Hausnummer				

Lenker (fremdes Kfz)	Vor- u. Zuname		Geburtsdatum	Telefon (zw. 8 und 16 Uhr)	
	PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	FS.-Nr.	Gruppe(n)	ausgestellt am....	...von

Verletzte Person	Vor- u. Zuname		Geb.-Datum	Telefon		
	Adresse					
	Verletzung tödlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Sicherheitsgurt/Helm? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Insasse im vers. Fzg.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Art d. Verletzung					
	arbeitsunfähig		Krankenhaus	ambulant	stationär	
	von	bis	von	bis	von	bis

Zeugen	Vor- u. Zuname		Adresse	Telefon

Tierschaden	Ist das Tier gutartig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat es schon einmal einen Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------	--	---

Allgemeine Fragen	Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wurde das Fahrzeug mit Wissen und Willen des VN benutzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Hat der Lenker in den letzten 8 Std. vor dem Unfall			
	Alkohol zu sich genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja -> in welcher Menge? .....		Drogen zu sich genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja -> Welche und in welcher Menge? .....	

Bankver- bindung	Kontoinhaber	BIC/IBAN

Sonstige Anmerkungen:

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum	Lenker	Versicherungsnehmer