

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	
Name u. Adresse des behandelnden Arztes (LKH's)						
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		I	
Sonstige Anmerkungen:						

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

Ort, Datum

Lenker

Versicherungsnehmer