

Versicherungsgesellschaft _____

Schadenmeldung Kfz

Haftpflicht	Kasko	Insassen	Rechtsschutz
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Versicherungsnehmer:	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.:	

Polizzenummer:		Schadennummer:	
Schadentag:		Uhrzeit:	
Schadensort:			
Beh. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzahl:	

Eigene Fahrzeugdaten laut Zulassungsschein									
Kennzeichen									
Fahrzeugmarke und Type									
Handelsbezeichnung									
Fahrgestellnummer									
Haftpflichtvariante					<input type="checkbox"/> A = mit Ersatzwagenverzicht <input type="checkbox"/> B = ohne Ersatzwagenverzicht				
Plätze		KW/PS		Nutzlast		Baujahr		Hubraum	

Lenkerdaten (eigen)			
Name und Anschrift des Lenkers:			
Geb. Datum:		Telefon:	
FS-Nr./Gruppen:		Bemerkung:	
Ausst. Behörde:		Ausst. Datum:	

Erfolgte ein Alkoholtest?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
---------------------------	---

Schadenshergang:

Eigener Fahrzeugschaden:	
Geschätzte Höhe des eigenen Kfz- Schadens:	€

Personenschaden:

Sonstiger Sachschaden:

Einschätzung des Verschuldens:	<input type="checkbox"/> Eigenverschulden <input type="checkbox"/> Verschulden des Gegners <input type="checkbox"/> Teilverschulden
--------------------------------	---

Bei Rechtsschutz:

Vom VN gewünschter Rechtsanwalt:	
Freie Anwaltswahl vereinbart / zutreffend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gegnerdaten

Name:
Adresse:
Tel. Nr.:

Lenkerdaten (fremd)

Name und Anschrift:	
Geb. Datum:	Telefon:

bekannte gegnerische Fahrzeugdaten

Kennzeichen	
Fahrzeugmarke und Type	
Versicherung:	Polizze:

Fremder Fahrzeugschaden:	
Geschätzte Höhe des fremden Kfz- Schadens:	€

Personenschaden:

Sonstiger Sachschaden:

Zeugen:	
Vermerk:	

Sonstige Bemerkungen:

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------