

Schaden-Nr.

Vertretung

Einlaufstelle

Polizzen-Nr.
/ -

HK-Schadenanzeige

Kfz-Haftpflicht

Kfz-Kasko

Allgemeine-/Privathaftpflicht

Rechtsschutz

VERSICHERTER	Zuname, Vorname, Titel	Telefon u. email	IBAN
	Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	BIC

ALLGEMEINE UNFALLDATEN	Unfall-/Schadeneintritt	Unfall-/Schadenort	Aufnahme durch Polizei
	am um Uhr		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ursache/Schilderung des Schadenfalles in Kurzform (bei ausführlicheren Angaben auf der Rückseite fortsetzen bzw. ein Beiblatt anfügen)	Unfallzeugen (Name, Adresse, Telefon)	BESTÄTIGUNG DER SICHERHEITSBEHÖRDE Es wird bestätigt, dass am unter Zahl-Nr. vorstehende <input type="checkbox"/> Wild- <input type="checkbox"/> Park- <input type="checkbox"/> Brandschaden- <input type="checkbox"/> Diebstahls-Anzeige erstattet wurde. Stempel und Unterschrift der Sicherheitsbehörde
	Wen trifft Verschulden?	wieviel %? Alkoholisierung	

VERSICHERTES (EIGENES) FAHRZEUG	Art, Marke, Type	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtversicherer	Pol.-Nr.
----------------------------------------	------------------	-------------	-------	--------------	------------------------	----------

Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskoversicherer	Pol.-Nr.
---------------------------	-------------	------------------	----------

Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen?	Wann ist es zu besichtigen?	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rechtsschutzversicherer	Pol.-Nr.
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------

Lenker des versicherten (eigenen) Fahrzeuges: Name, Vorname	Anschrift
-------------------------------------------------------------	-----------

Beruf	Alter	Führerschein-Nr.	Gruppe(n)	ausgestellt am	ausgestellt von	eingesehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------	-------	------------------	-----------	----------------	-----------------	----------------------------------------------------------------------

BESCHÄDIGTES GEGNERISCHES FAHRZEUG	Art, Marke, Typ	Kennzeichen	Bauj.	Leasinggeber	Haftpflichtvers. <input type="checkbox"/> Var.A <input type="checkbox"/> Var.B	Pol.-Nr.
-------------------------------------------	-----------------	-------------	-------	--------------	--------------------------------------------------------------------------------	----------

Beschädigte Fahrzeugteile	Schadenhöhe	Kaskoversicherer	Pol.-Nr.
---------------------------	-------------	------------------	----------

Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen?	Wann ist es zu besichtigen?	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rechtsschutzversicherer	Pol.-Nr.
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------

Lenker des gegnerischen Fahrzeuges: Name, Vorname	Anschrift	Beruf
---------------------------------------------------	-----------	-------

SONSTIGE BESCHÄDIGTE SACHEN

.....

.....

EIGENTÜMER DES BESCHÄDIGTEN GEGNERISCHEN FAHRZEUGES / DER SONSTIGEN BESCHÄDIGTEN SACHEN		
Name, Vorname, Titel	Beruf	Telefon u. email
Straße/Ort, Haus-Nr.	PLZ, Postort	Vorsteuerabzugsber. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen!

