

## KFZ-SCHADENSMELDUNG

### Versicherung

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Versicherungs-<br>gesellschaft: |   |
| Polizzenummer:                  |   |
| Sparte:                         | <input type="radio"/> Kfz-Haftpflicht <input type="radio"/> Kfz-Kasko <input type="radio"/> Insassenunfall <input type="radio"/> Rechtsschutz |

### Versicherungsnehmer

|          |  |
|----------|--|
| Name:    |  |
| Adresse: |  |

### Fahrzeug

|  |                  |  |
|--|------------------|--|
| Marke/Type:                                      | Kennzeichen:     |  |
| Baujahr:   | Fahrgestell-Nr.: |  |
| Beschädigungen:                                  |                  |  |
| In welcher Werkstatt<br>wird das Fzg. repariert? |                  |  |

### Unfalldaten

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Schadenort:                     | Schadendatum: |
| Unfallhergang:                  |               |
| Wen trifft ein<br>Verschulden?  |               |
| Wurde eine Person<br>verletzt?  |               |
| Zeugen:<br>(Name u. Anschrift): |               |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Behördliche / polizeiliche Aufnahme? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja – durch wen:                 | Aktenzahl:  |

### Lenker des eigenen Fahrzeugs

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Name:  |  | Geburtsdatum:                                       |  |
| Adresse:   |  |   |  |
| Führerschein:<br>(Behörde, Nummer,<br>Ausstellungsdatum,<br>Gruppen) |  |   |  |
| War der Lenker alkoholisiert?  |  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Einleitung eines Strafverfahrens?                                    |  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Wenn ja – durch wen:   |  |   |  |
| Aktenzahl:   |  |   |  |

### Unfallgegner

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Name:                                     |  |   |  |
| Adresse:                                  |  |   |  |
| Versicherungs-<br>gesellschaft:           |  |   |  |
| Polizzenummer:                            |  |   |  |
| War der gegnerische Lenker alkoholisiert? |  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |  |
| Marke/Type:                               |  | Kennzeichen:  |  |
| Beschädigungen:                           |  |   |  |

### Schadenszahlung

|                     |
|---------------------|
| Schadenszahlung an: |
| Bankverbindung:     |

### Unterschriften

|        |                      |         |
|--------|----------------------|---------|
| Datum: | Versicherungsnehmer: | Lenker: |
|--------|----------------------|---------|