

KFZ-Schadenanzeige

für Versicherer

Vers.-Nr.

Schaden-Nr. Versicherer

Schadenanzeige zur KFZ-Haftpflicht
 Schutzbrief

Teilkasko Vollkasko
 Insassenunfall Fahrer-Unfallversicherung

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Beruf/Gewerbe

Schadentag Uhrzeit

Schadenort

Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen?

nein ja

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?

nein ja

Steht Ihr Fahrzeug nachts regelmäßig in einer Einzel-/
Doppelgarage?

nein ja

Versichertes Fahrzeug

KFZ-Kennzeichen

Hersteller/Typ

Schäden am eigenen KFZ

Voraussichtl. Schadenhöhe in €

reparierte Vorschäden nein ja, mit

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Ort

Telefon

Gesamtlauflistung in km

Liegt eine Sicherungsübereignung vor? nein ja

Unfallhergang

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin aufgefahren. | <input type="checkbox"/> Ich habe die Vorfahrt verletzt. | <input type="checkbox"/> Ich wechselte die Fahrspur. |
| <input type="checkbox"/> Ich fuhr gegen ein geparktes KFZ. | <input type="checkbox"/> Fahrzeug(-teile) entwendet | <input type="checkbox"/> Brandschaden |
| <input type="checkbox"/> Sturmschaden | <input type="checkbox"/> Wildschaden | <input type="checkbox"/> Glasbruch |
| <input type="checkbox"/> Panne | <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfallhergang: | |

Hat der Gegner den Unfall verursacht? nein ja

Stellen Sie selbst Ansprüche? nein ja

Wurde jemand verletzt? nein ja

Anzahl der Verletzten

Name

Straße

PLZ/Ort

Art und Umfang der Verletzung

War der Verletzte angeschnallt?

nein ja

Fahrer des versicherten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt:

Name

Straße

PLZ/Ort

geb. am

Versicherungsnehmer

gültige Fahrerlaubnis

nein ja

Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis

nein ja

Wird gegen Unfallflucht ermittelt?

nein ja

Drogen-/Rauschmittelgenuss?

nein ja

Alkoholgenuss?

nein ja

‰

Unfallgegner

Name

Straße

PLZ/Ort

Was wurde beschädigt?

Fahrzeug

Sonstiges

Stellt jemand Schadenersatzansprüche an Sie?

nein ja

KFZ-Kennzeichen

Hersteller/Typ

Art der Beschädigung

Voraussichtl. Schadenhöhe in €

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

nein ja

Wird wegen Unfallflucht ermittelt?

nein ja

Dienststelle

Tel.-Nr.

Aktenzeichen der Polizei

Gibt es Zeugen (auch Beifahrer), die das Unfallgeschehen beobachtet haben?

nein ja

Name

Straße

PLZ/Ort

Name

Straße

PLZ/Ort

Waren noch weitere Personen/Fahrzeuge am Unfall beteiligt?

nein ja

Namen/Anschriften/ggf. Kennzeichen

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer