



## Schadenanzeige Kfz-Versicherung

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsschein-Nr.: |                                                                          |
| UWS-Aktenzeichen:        |                                                                          |
|                          | <input type="checkbox"/> Neuschaden <input type="checkbox"/> Nachmeldung |

|                                      |                                                        |                                                        |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Teilkasko<br>Selbstbehalt EUR | <input type="checkbox"/> Vollkasko<br>Selbstbehalt EUR |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

### ALLGEMEINE ANGABEN

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Versicherungsnehmer (VN): |  |
| Anschrift:                |  |
| Telefon-Nr.:              |  |
| E-Mail:                   |  |

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Amtl. Fahrzeug-Kennzeichen:              |  |
| Tag der Erstzulassung:                   |  |
| Gesamt-Lauf-Leistung:                    |  |
| KM-Stand lt. Tacho:                      |  |
| Fahrzeug-Art:<br>(Moped, Krad, Pkw, Lkw) |  |
| Fabrikat:                                |  |
| Fahrgestell-Nr.:                         |  |
| PS / kW:                                 |  |

### ANGABEN ZUM UNFALL

|                                                                           |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Fahrer des Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt:<br>(Name, Anschrift und Telefon) |                                                                        |
| Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              |
| Wurde eine Blutprobe entnommen?                                           | <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: ‰ <input type="checkbox"/> nein |
| Führerscheindaten des Fahrers zur Unfallzeit:                             | ausstellende Behörde:                                                  |
|                                                                           | Führerschein-Nr.:                                                      |
|                                                                           | Klassen:                                                               |
|                                                                           | ausgehändigt am:                                                       |



#### ANGABEN ZUM UNFALL

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Schadenereigniss: | Tag, Datum: |
|                   | Uhrzeit:    |
|                   | Straße:     |
|                   | Ort:        |

|                                              |                                        |                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Leasingfahrzeug:                             | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein |
| Gehört das Fahrzeug zu dem Betriebsvermögen? | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorsteuerabzugsberechtigt?                   | <input type="checkbox"/> ja, Umfang: % | <input type="checkbox"/> nein |

|                                      |                                              |                                                                       |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Zahlung erbeten an:                  | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | <input type="checkbox"/> Rechnungsaussteller gem. Abtretungserklärung |
| Bankverbindung des Anspruchstellers: | Kreditinstitut:                              |                                                                       |
|                                      | BLZ:                                         | Konto-Nr.:                                                            |
|                                      | Kontoinhaber:                                |                                                                       |

|                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Wie ereignete sich der Schaden?</b><br>(Bitte schildern Sie den Hergang ausführlich, fertigen Sie ggf. auch eine Skizze an) |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|





#### NUR FÜR HAFTPFLICHT

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Name und Anschrift des Geschädigten (1):                          |  |
| Art, Fabrikat, amtl. Kennzeichen des geschädigten Fahrzeuges (1): |  |
| Was wurde beschädigt (1)?                                         |  |

|                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Bei Personenschäden:<br>Geburtsdatum des Geschädigten,<br>Art der Verletzung (1): |                                                           |
| War die / der Verletzte angeschnallt (1)?                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Name und Anschrift des Geschädigten (2):                         |  |
| Art, Fabrikat, amtl. Kennzeichen des geschädigten Fahrzeuges(2): |  |
| Was wurde beschädigt (2)?                                        |  |

|                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Bei Personenschäden:<br>Geburtsdatum des Geschädigten,<br>Art der Verletzung (2): |                                                           |
| War die / der Verletzte angeschnallt (2)?                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|       |                        |
|-------|------------------------|
|       |                        |
| Datum | Unterschrift / Stempel |