



## SCHADENANZEIGE ZUR KFZ-VERSICHERUNG

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel./Fax: \_\_\_\_\_

1.  Haftpflichtversicherung  Kaskoversicherung
2. Schadentag: \_\_\_\_\_ Schadenort: \_\_\_\_\_  
 Autobahn  außerorts  innerorts  
 Feldweg/Gelände  Betriebsgelände  Parkplatz
3. Name des Fahrers: \_\_\_\_\_  
Straße, Wohnort: \_\_\_\_\_
4. Erfolgte die Fahrt mit Einverständnis?  ja  nein
5. Führerschein (Klasse, Listen-Nr.): \_\_\_\_\_
6. Wurde eine Blutprobe entnommen?  ja, BAK \_\_\_ ‰  nein
7. Amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs: \_\_\_\_\_
8. Witterung zum Unfallzeitpunkt  
 Regen  Schnee/ Glätte  Nebel  sonstiges
9. Verkehrssituation  
 Rangieren, parken, rückwärtsfahren, wenden  Auffahren  Überholen  
 Ladungssicherungsschaden  Streifschaden  Vorfahrtsverletzung  
 Abbiegen rechts/ links  Fahrspurwechsel

### Fragen zum Kasko-Versicherungsschutz

10. Ist das Fahrzeug ein Leasing-Fahrzeug?  ja  nein
11. Fahrzeug-Typ: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_  
⇒ siehe auch nächste Seite! ⇒ ...
12. Art der Beschädigung: \_\_\_\_\_  
Schadenhöhe: \_\_\_\_\_ EUR  
zu besichtigen bei: \_\_\_\_\_



**weitere Fragen zum Kasko-Versicherungsschutz**

13. Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein
14. Postgiro- bzw. Bankverbindung: Bankname: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_

**Fragen zum Kraftfahrt-Haftpflichtversicherungsschutz**

15. Name, Anschrift, Telefon-Nr. des Geschädigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Kennzeichen des Geschädigten: \_\_\_\_\_
- Fahrzeug-Typ: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_
16. Art der Beschädigung: \_\_\_\_\_
17. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  ja  nein  
Zuständige Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_
18. Gibt es Personenschäden?  ja  nein  
Name der verletzten Person: \_\_\_\_\_  
Straße, Ort: \_\_\_\_\_
19. Gibt es Zeugen?  ja  nein  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Ort: \_\_\_\_\_
20. Genaue Schilderung des Schadenhergangs:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers