


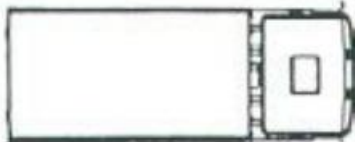
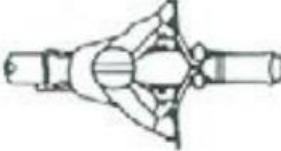
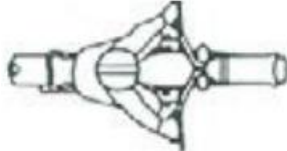


KRAFTFAHRTSCHADENANZEIGE

Versicherungsnehmer	Name des Versicherungsnehmers:		
	Telefon:	eMail:	
Schadendatum	Schadenzeit	VN Schaden Nr.	
Schadenart	<input type="radio"/> Haftpflicht <input type="radio"/> Kasko	<input type="radio"/> Nicht- zugelassene Gabelstapler und Arbeitsmaschinen <input type="radio"/> Dienstreisekasko	
Schadenort	Straße, Ort		
	<input type="radio"/> innerorts <input type="radio"/> Autobahn	<input type="radio"/> außerhalb <input type="radio"/> Parkplatz/Tiefgarage	<input type="radio"/> Firmengelände/Baustelle <input type="radio"/> sonstiges
Versichertes Fahrzeug	Marke und Typbezeichnung:	Kennzeichen:	
		Leasing: <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Fahrerdaten	Name, Vorname:		Telefon:
	Führerscheindaten:		Blutprobe: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (_____ ‰)
	Klasse:		
	Behörde:		
Ausstellungsdatum:			
	Geschäftsfahrt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
	Vorsteuerabzug <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Schadenschilderung	Kurze Beschreibung des Unfallhergangs mit Skizze; wenn nötig benutzen Sie ein Extrablatt		
Schadenursache	<input type="radio"/> Auffahrunfall <input type="radio"/> Fußgänger/Zweiradfahrer <input type="radio"/> Brand/ Explosion <input type="radio"/> Sturm-, Blitz-, o. Hagelschaden <input type="radio"/> Spurwechsel <input type="radio"/> ohne erkennbares /Verschulden	<input type="radio"/> Vorfahrt <input type="radio"/> Be- u. Entladung <input type="radio"/> gegen ruhendes Objekt <input type="radio"/> Totaldiebstahl <input type="radio"/> Wildschaden <input type="radio"/> Glasbruch	<input type="radio"/> Kollision m. KFZ <input type="radio"/> Schaden an der Verkabelung <input type="radio"/> Teile Diebstahl <input type="radio"/> Navi Radiodiebstahl <input type="radio"/> Überschwemmung <input type="radio"/> andere Schadenursache:
Personenschaden	VN Fahrzeug	Anspruchsteller Fahrzeug	
	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Insasse	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Insasse	
Geschätzte Schadenhöhe	Versichertes Fahrzeug	Fahrzeug des Anspruchstellers	

KRAFTFAHRTSCHADENANZEIGE

Schäden am Fahrzeug	Versicherungsnehmer Bitte markieren Sie die sichtbaren Schäden		Antragsteller	
				
				
				
Wird ein Sachverständiger benötigt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	
Wenn ein Anhänger beteiligt war	Anhängerkennzeichen: Halter:			
Name und Adresse des Anspruchstellers	Name/Anschrift	Kennzeichen	Marke und Typ	
Wer hat den Schaden verursacht	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer <input type="radio"/> Dritte		<input type="radio"/> Anspruchsteller <input type="radio"/> unklar, bitte ausführen	
Zeugen	Name/Kontaktdaten			
Aufnehmende Polizeidienststelle	Ort:		Aktenzeichen:	
	Wurde jemand mit einem Bußgeld belegt? <input type="radio"/> Versicherter Fahrer <input type="radio"/> Anspruchsteller			

Datum _____

Unterschrift _____