

## Kraftfahrzeug Schadenbericht

Art der Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                          |                                 |                          |                 |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | KFZ-<br>Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> | Insassen-Unfall |
| <input type="checkbox"/> | Kasko                           | <input type="checkbox"/> | Rechtsschutz    |

Polizzen-Nummer(n):

Schaden-Nummer(n):

Versicherungsnehmer/Familien- und Vorname:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf (oder Betrieb):

Bankverbindung:

BLZ:

Konto-Nr.:

### Versichertes Fahrzeug:

Marke/Type:

Kilometerstand:

Behördliches Kennzeichen:

Datum der  
Erstzulassung:

Datum der  
Zulassung:

Fahrgestell-Nr.:

### Lenker:

Familien- und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Führerschein-  
Nr.:

Führerschein  
klassen:

Führerschein  
ausgestellt von:

Führerschein  
ausgestellt am:

Staatsbürgerschaft:

Beruf:

Benützte der Lenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung?  ja  nein  
Welchem Zweck diene die Fahrt?  privat  geschäftlich  
Gab es außer dem Lenker Insassen in ihrem Fahrzeug?  ja  nein wenn ja, wie viele?  
Wurden die Insassen mit Ihrer Zustimmung befördert?  ja  nein  
Konsumierte der Lenker innerhalb der letzten 12 Stunden  
Vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?  ja  nein wenn ja, wieviel?

Wann ereignete sich der Schadenfall? Datum: Uhrzeit:

Schadenort:

Welche Polizeidienststelle nahm das Protokoll auf? Geschäftszahl:

Schilderung des Schadenfalles (eventuell Skizze beifügen):

Welche Teile Ihres Fahrzeuges wurden beschädigt?

Wann und wo kann Ihr beschädigtes  
Kraftfahrzeug besichtigt werden?

Voraussichtliche  
Schadenhöhe:

## Angaben über Fremdfahrzeuge bzw. deren Eigentümer:

Name: Adresse:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Marke: Kennzeichen: Versichert  
Type: bei:

Welche Teile des Fahrzeuges  
wurden beschädigt? Voraussichtliche  
Schadenhöhe:

Name: Adresse:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Marke: Kennzeichen: Versichert  
Type: bei:

Welche Teile des Fahrzeuges  
wurden beschädigt? Voraussichtliche  
Schadenhöhe:

Name: Adresse:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Marke: Kennzeichen: Versichert  
Type: bei:

Welche Teile des Fahrzeuges  
wurden beschädigt? Voraussichtliche  
Schadenhöhe:

## Sonstiger Sachschaden:

Was wurde beschädigt? Voraussichtliche  
Schadenhöhe:

Name des Eigentümers: E-Mail:

Adresse: Telefon-Nr.:

## Angaben über verletzte (oder getötete) Personen:

Name:	Adresse:	Alter:
<hr/>		
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Name:	Adresse:	Alter:
<hr/>		
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Name:	Adresse:	Alter:
<hr/>		
Art der Verletzung:	Grad der Verletzung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Angegurtert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Zeugen:

Name:	Adresse:	Tel-Nr.:
<hr/>		
Name:	Adresse:	Tel-Nr.:
<hr/>		
Name:	Adresse:	Tel-Nr.:
<hr/>		
Besteht für das KFZ /den Lenker eine Rechtsschutzversicherung? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Polizzen-Nummer(n):	

## WICHTIG!

Wen halten Sie an diesem Schadenereignis für schuldtragend?

Ich bin mit der Befriedigung der Ansprüche des/der Geschädigten einverstanden.  ja  nein

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers