

- AUTOHAFTPFLICHT
- AUTOKASKO
- RECHTSSCHUTZ
- INSASSENUNFALL

Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Polizzen-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Betreuer: \_\_\_\_\_

VERSICHERUNGSNEHMER	
Name:	Telefon unter Tags:
Adresse:	

ANGABEN ZUM EIGENEN FAHRZEUG			
Art, Marke, Type:	KW:	Erstzulassung:	
Kennzeichen:	Fahrgestellnummer:	KM-Stand:	Gesamtgewicht:

LENKER DES EIGENEN FAHRZEUGES			
Name:	Telefon unter Tags:		
Adresse:			
Führerscheinnummer:	Fahrzeuggruppe:	Ausstellende Behörde:	Ausstellungsdatum:
Enthält der Führerschein Auflagen? (z.B. auf Probe, Befristung, Brille,...)			

ANGABEN ZUM UNFALLHERGANG			
Welchen Zweck hatte die Fahrt?	War der Versicherungsnehmer mit der Fahrt einverstanden?	Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? Welche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Menge:
Ereignisort:		Ereignistag:	Uhrzeit:
Genaue Schilderung des Ereignisablaufes mit Skizze:			
Aufnahme des Tatbestandes durch Polizei/Gendarmarie in:			
Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gegen wen?	Geschäftszahl:	
Wer ist an diesem Ereignis schuldtragend?			
Warum?			
Wurden an Sie Ansprüche gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, in welcher Höhe:	Wollen Sie den Schaden im Sinne des Bonus/Malus-Systems selbst erledigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ZEUGEN DES EREIGNISSES (Fahrzeuginsassen bitte unterstreichen)
Name/Adresse/Telefon:

## FREMDER FAHRZEUGHALTER

Name:	Telefon unter Tags:
Adresse:	

## FREMDER FAHRZEUGLENKER

Name:	Telefon unter Tags:
Adresse:	

## FREMDES FAHRZEUG

Art, Marke, Type:		Erstmalige Zulassung am:
Kennzeichen:	Autohaftpflichtversicherung bei:	Polizzen-Nr.:
Welche Teile wurden beschädigt?		Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?

## SONSTIGER SACHSCHADEN

Name des Eigentümers:	Telefon unter Tags:
Adresse:	
Was wurde beschädigt?	Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?

## KÖRPERVERLETZUNG UND/ODER TÖTUNG VON PERSONEN

1. Name:	Insasse des eigenen Fahrzeuges: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geburtsdatum:	
Adresse:			
Beruf:	angegurtet/Sturzhelm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familienstand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> ledig	Art der Verletzung:
2. Name:	Insasse des eigenen Fahrzeuges: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geburtsdatum:	
Adresse:			
Beruf:	angegurtet/Sturzhelm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familienstand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> ledig	Art der Verletzung:

## SCHADEN AM EIGENEN FAHRZEUG

Welche Teile wurden beschädigt:	Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?
Adresse:	
Bei welcher Versicherung besteht eine <input type="checkbox"/> Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung	
Beabsichtigen Sie Ansprüche geltend zu machen?	
Nur bei KASKO: Wann und wo ist eine Besichtigung möglich?	

In welcher Beziehung stand(en) der/die Geschädigte(en) zum Versicherungsnehmer bzw. Lenker?

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich ermächtige die  
sowie Herrn/Frau

Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und bei Polizei, Gendarmerie, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht  
in die Akte zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen.

Ort/Datum	Unterschrift des Lenkers	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----------	--------------------------	---------------------------------------

## ERGÄNZENDE ANGABEN ZUR SCHADENSMELDUNG

Large empty rectangular area for drawing or description.

**SKIZZE**

Large empty rectangular area for sketching.

Ort/Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers