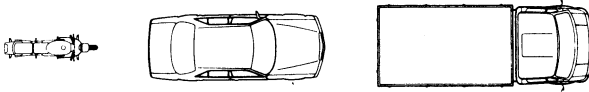
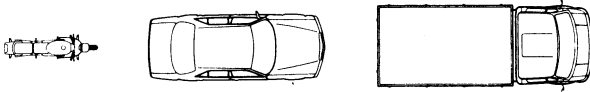


# KFZ - SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer		Versicherer		Vermittler	
Titel				<b>Versicherungs Service Center</b>  4523 Neuzeug, Steyrtalstr. 16 Tel.: 07259/3980 Fax 07259/398039	
Nachname					
Vorname					
Straße					
Plz/Ort					
<b>Polizzenummer</b>			<b>Schadennummer</b>		
<b>Versicherungsart</b> <input type="checkbox"/> <b>Haftpflicht</b> <input type="checkbox"/> <b>Kasko</b> <input type="checkbox"/> <b>Insassen</b> <input type="checkbox"/> <b>Assistance</b>					
<b>Unfalldaten</b> Tag des Unfalles _____ Uhrzeit _____ Unfallstelle (Ort, Straße,) _____ Behördliche Unfallaufnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ Nutzung des Fahrzeuges? <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> privat					
<b>Versicherungsnehmer A</b>			<b>Beteiligter B</b>		
Familienname, Vorname, Titel			Familienname, Vorname, Titel		
Straße, Hausnummer, Stiege, Tür			Straße, Hausnummer, Stiege, Tür		
Postleitzahl	Ort	Tel.-Nr.:	Postleitzahl	Ort	Tel.-Nr.:
Fahrzeugart, Marke, Type			Bei Beschädigung am KFZ: Fahrzeugart, Marke		
behörtl. Kennzeichen			behörtl. Kennzeichen		
Rechtsschutz <input type="checkbox"/> ja _____ versichert bei, Polizzenummer			<input type="checkbox"/> Haftpflicht _____ <input type="checkbox"/> Kasko _____ Versichert bei _____ Polizzenummer		
<b>Fahrzeuglenker A</b>			<b>Fahrzeuglenker B</b>		
Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum	Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür			Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		
Postleitzahl	Ort	Tel.-Nr.:	Postleitzahl	Ort	Tel.-Nr.:
Führerscheinnummer, Behörde, Gruppe, Staatsbürgerschaft			Unfallbedingte Führerscheinabnahme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Schäden am eigenen Fahrzeug</b>			<b>Schäden am beteiligten Fahrzeug</b>		
Reparierte Vorschäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unreparierte Vorschäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Vorschäden? <input type="checkbox"/> ja _____		
Sichtbare Schäden bitte kennzeichnen			Sichtbare Schäden bitte kennzeichnen		
					
Art und Umfang des eigenen Schadens			Art und Umfang des eigenen Schadens am beteiligten Fahrzeug		

**Beschädigung an fremden Sachen ( nicht an Fahrzeugen)**

**Verletzte Personen**

Name, Anschrift, Alter und Beruf des Verletzten, Art der Verletzung	Name, Anschrift, Alter und Beruf des Verletzten, Art der Verletzung
Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Gurt/Helm verwendet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Gurt/Helm verwendet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Unfallhergang**

Fahrzeuglenker (A)	Fahrzeuglenker (B)	Unfallhergang, besondere Bemerkungen / Skizze
<input type="checkbox"/> parkte / hielt	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> parkte ein / fuhr auf	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> hat ein geparktes Fahrzeug beschädigt	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> fuhr in einem Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und Kolonne auf das Heck auf	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> wechselte die Kolonne	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> überholte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> bog nach links ab	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> setzte zurück	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> wechselte die Fahrspur (Gegenverkehr vorbehalten)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> hat ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/>	
<b>Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet?</b>		
<input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker (A)		
<input type="checkbox"/> Fahrzeuglenker (B)		
<input type="checkbox"/> Sonstiger		

**Zeugen**

Name, Anschrift, Tel.-Nr.	Name, Anschrift, Tel.-Nr.
Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Nur bei Kasko zusätzlich ausfüllen**

Leasing Fahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann und in welcher Werkstätte kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?	

<b>Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?</b>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bank _____
	<small>Geldinstitut, IBAN, BIC</small>

**Vollmacht** zu Vorfall vom ..... Ich ersuche Sie höflich der Versicherung zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum	Unterschrift des Lenkers	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten
------------	--------------------------	--