

# K F Z – SCHADENSMELDUNG

**Eilt!**

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Fa.	Versicherungsnehmer	Versicherer	Makler
Vorname			<b>Agt.-Nr.</b>
Nachname			<b>Versicherungsbüro BEYER</b> Anspr.-Partner: <b>Thomas Beyer</b>
Straße			<b>Rösrather Straße 552</b>
Ort			<b>51107 Köln</b>
Telefon			<b>(0221) 86 69 09</b>
Fax			<b>(0221) 86 71 65</b>
<b>Schaden-Nr.:</b>		<b>Vers.-Nr.:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>KFZ – Haftpflicht</b>	<input type="checkbox"/> <b>KFZ – Kasko</b>	<input type="checkbox"/> <b>VK mit SB</b>	<input type="checkbox"/> <b>TK mit SB</b>
		<input type="checkbox"/> <b>Insassenunfall</b> <input type="checkbox"/> <b>Schutzbrief</b>	
<b>Versicherungsnehmer</b>		<b>Geschädigter (Name und Anschrift)</b>	
Geburtsdatum	Beruf		
Name und Anschrift des Lenkers	Geburtsdatum		
		Geburtsdatum	Beruf
			Telefon
Beruf	Telefon	Name und Anschrift des Lenkers	Geburtsdatum
Wurde beim Lenker ein Alkotest oder eine Blutprobe vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Telefon	
Wurde der Führerschein eingezogen?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Beruf	Staatsangehörigkeit:
Führerscheindaten des Lenkers		Name, Anschrift und Beruf des (r) Verletzten	
Ausstellungsbehörde	Gruppe	Ausgestellt am	
Verhältnis zum Beteiligten (Verletzten)	<input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> verwandt	Art der Verletzung	
Eigenes Fahrzeug	Versicherer		<input type="checkbox"/> haftplichtversichert <input type="checkbox"/> kaskoversichert
Art <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/>			
Kennzeichen	Versicherungsnummer.		
Marke	Fahrzeugart, Marke, Type		Kennzeichen
Typ			
Fahrgestellnummer	Erstzulassung	KM - Stand	Fahrgestellnummer
			Erstzulassung
			KM - Stand
Welche Teile des Fahrzeuges sind beschädigt, voraussichtliche Schadenshöhe?		Welche Teile des Fahrzeuges sind beschädigt, voraussichtliche Schadenshöhe?	
<b>Schadenzeitpunkt (Datum, Uhrzeit)</b>		<b>Schadenaufnehmende Polizeidienststelle</b>	
<b>Schaden- / Unfallort (Ort, Straße)</b>		<b>Zeugen, Name, Anschrift, Telefon (Rückseite verwenden)</b>	
Ist der Versicherungsnehmer vorsteuerabzugsberechtigt?		Ist der Geschädigte vorsteuerabzugsberechtigt?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Bitte zahlen Sie die Entschädigungsleistung <input type="checkbox"/> <b>per Überweisung</b> <input type="checkbox"/> <b>Verrechnungsscheck</b> an			
Name		Bank	
Straße		BLZ	
PLZ, Ort		Konto	

Schilderung des Schadenhergangs

Skizze

Wer hat den Schaden / Unfall verschuldet?

**Bei Kaskoversicherung:** Vor Beginn der Reparatur ist die Weisung des Versicherers einzuholen!  
Wo und wann kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?

Sind dieser Schadenmeldung Unterlagen beigelegt?

ja  nein

**Vollmacht** zu Vorfall vom . Ich gestatte der auf Seite 1 genannten Versicherung in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Kopien anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten