



Schwarzenbergstr. 85, 21073 Hamburg

Tel.: 040 – 84 70 21 00 Fax: 040 – 84 30 91 43

## Schadensmeldung KFZ-Versicherung

**Schadennummer:**

**Name:**

**Amtl. Kennzeichen:**

**Vorname:**

**Vs.-Nr.:**

**Straße:**

**Schadennummer:**

**Ort:**

**Versicherer:**

KFZ-Haftpflichtversicherung

Teilkasko

Vollkasko

Wann ereignete sich der Schaden?

Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Wo ereignete sich der Schaden?

\_\_\_\_\_

Schadenhergang:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeugen: \_\_\_\_\_

Wurde der Schaden polizeilich erfasst?  Nein  Ja , durch PK \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Das Fahrzeug wurde zum Zeitpunkt des Schadens gefahren von:

Hatte der Fahrer zum Schadenzeitpunkt eine gültige Fahrerlaubnis?  Ja  Nein

Hatte der Fahrer vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?  Ja  Nein

Wurde dem Fahrer eine Blutprobe angeordnet?  Ja  Nein

**Für Ihre KFZ-Haftpflichtversicherung:**

Wurden bei dem Unfall Personen verletzt?  Nein  Ja

\_\_\_\_\_  
(Falls Ja, Name und Anschrift soweit bekannt)

Name und Anschrift des Geschädigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fabrikat: \_\_\_\_\_

Baujahr: (falls bekannt) \_\_\_\_\_

**Für Ihre Kaskoversicherung:**

Diebstahl  Wild  Hagel  Brand  Sturm  Glas  Unfall mit anderem Fahrzeug

Was wurde beschädigt oder entwendet? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Sind Sie der Eigentümer:  Ja  Nein  Leasingfahrzeug: \_\_\_\_\_

Sind Sie berechtigt, bzgl. des KFZ die Vorsteuer beim Finanzamt abzusetzen?  Ja  Nein

***Sämtliche Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unwahre Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen; bei Vorsatz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.***

Bankverbindung des Versicherungsnehmers:

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ.: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift des Fahrers)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherungsnehmers)