

## SCHADENMELDUNG KFZ

Versicherer		Pol.Nr.	
		SchadenNr. VR	
		<b>SchadenNr. SH</b>	

- |                       |                      |                       |                 |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> | KFZ - Haftpflicht    | <input type="radio"/> | KFZ - Vollkasko |
| <input type="radio"/> | KFZ - Insassenunfall | <input type="radio"/> | KFZ - Teilkasko |

### Daten des Versicherungsnehmers (A)

Name	
Adresse	
Führerschein Nr.	
Mail/Telefon (Bürozeiten)	

### Daten des Lenkers

Name	
Adresse	
Führerschein Daten	
Mail/Telefon (Bürozeiten)	

### Fahrzeugdaten

Marke/Type/Baujahr		Kennzeichen	
Fahrgestell Nr.		Km-Stand	

### Daten des Unfall-Gegners (B)

<b>Name des Vers.Nehmers</b>	
Adresse	
Führerschein Daten	
Mail/Telefon (Bürozeiten)	
<b>Name des Lenkers</b>	
Adresse	
Führerschein Daten	
Mail /Telefon (Bürozeiten)	

### Fahrzeugdaten

Marke/Type/Baujahr		Kennzeichen	
Fahrgestell Nr.		Km Stand	
Versicherer		Pol.Nr.	
		SchadenNr. VR	

SchadenNr. SH

**Daten zum Schadenereignis**

Schadentag		Schadenuhrzeit	
Schadenort		Polizeil. Aufnahme durch /Aktenzahl	

**Diverse Allgemeine Angaben**

- Wurde ein Verwaltungsstrafverfahren bzw. ein gerichtl. Strafverfahren eingeleitet?  nein  ja, Aktenzahl
- War der Lenker alkoholisiert  nein  ja
- Unfallbedingte Führerscheinabnahme  nein  ja
- Verhältnis zum Beteiligten (B) bzw. Fahrzeuglenker (B) fremd  verwandt  bekannt
- Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen  nein  ja

**Unfallhergang**

Beteiligter A	Beteiligter B	Skizze
<input type="checkbox"/> Hat geparktes Auto beschädigt	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hat Vorrang missachtet	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hat Stoptafel / rote Ampel nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hat den fließenden Verkehr missachtet	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fuhr auf	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hielt an / parkte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kam von rechts	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kam von links	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Wechselte Spur	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Überholte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bog ab	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Schadendarstellung aus Sicht des Versicherungsnehmers (Lenkers) A**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SchadenNr. SH**

**Sichtbare Schäden bei Fahrzeug A**

**Sichtbare Schäden bei Fahrzeug B**

---

---

**Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet?**

- Lenker A
- Lenker B
- Sonstiger:

**Zeugen des Vorfalles (Name und Anschrift)**

---

---

**Name und Anschrift von verletzten Personen sowie Verletzungsart**

---

---

**Wurden fremde Sachen beschädigt? Wenn ja Name und Anschrift der Eigentümer,  
Schadenhöhe**

---

---

**Bei welcher Gesellschaft und zu welcher Polizzenummer bestehen für die Fahrzeuge eine der  
folgenden Versicherungen:**

**Fahrzeug A**

**Fahrzeug B**

Vollkasko  
Teilkasko  
Rechtsschutz

**Wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden? Voraussichtliche Reparaturkosten**

---

---

Leasing KFZ  ja  nein    Vorsteuer Abzug  ja  nein    Vorschäden  ja  nein

---

---

SchadenNr. SH

**Schadenerledigung**

Dieser Schadenmeldung liegen folgende Originalrechnungen bei

---

---

---

**Der Betrag soll**

per Post an die Adresse des VN überbracht       an folgende Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Lautend auf** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben vollständig und nach meinem Wissen der Wahrheit gegeben habe. Gleichzeitig bevollmächtige ich den Versicherer bzw. SH Versicherungsmakler & Consulting GmbH, in alle diesen Vorfall betreffende Akte bei den zuständigen Behörden wie Polizei, Soz. Vers. Träger etc. Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

---

Ort und Datum                                      Lenker                                      Versicherungsnehmer