

# Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Vertretung- Nr. (Stempel)  
ggf. Aktenzeichen des VN / Makler

- Fax-Schadenmeldung (Seitenzahl inkl. dieser \_\_\_\_)
- Vertreter-Regulierung (bitte nicht faxen)
- Kraft-Haftpflicht
- Vollkasko SB \_\_\_\_\_
- Teilkasko SB \_\_\_\_\_
- AutoPlus
- Kraft-Insassenunfall (bitte auch nächste Seite ausfüllen)

Versicherungsschein-Nr. / Schadennummer		Schadenmeldung durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/in <input type="checkbox"/> Geschädigte/n <input type="checkbox"/> Sonstige			
Schadentag	Uhrzeit	PLZ, Unfallort			
Versicherungsnehmer / in, Name		Geschädigte/r, Name			
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort		PLZ, Ort			
Telefon	privat	geschäftlich	Telefon	privat	geschäftlich
Erreichbar von/bis	Uhr	Uhr	Erreichbar von/bis	Uhr	Uhr
Fax			Fax		
Fahrer / Name, Anschrift		Personenschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen			
Alter des Fahrers		Unfallzeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Blutprobe bei Fahrer		Falls ja, Name, Anschrift			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> Auffahrschaden		Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt		Dienststelle			
<input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel		Tagebuchnummer			
<input type="checkbox"/> Parkschaden					
<input type="checkbox"/> Sturm-/Hagelschaden					
<input type="checkbox"/> Glasschaden					
Verursacht durch VN, Fahrer					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Bemerkungen zu Schadenschilderung oder sonstiger Schaden					

**VN-Kfz**

Amtliches Kennzeichen	Schadenhöhe ca.
Modell	Km-Stand    Baujahr
Besichtigung _____	<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
<input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> VN	Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger	Name, Anschrift
Telefon	Telefax

**GES-Kfz**

Amtliches Kennzeichen	Schadenhöhe ca.
Modell	Km-Stand    Baujahr
Besichtigung _____	<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
<input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> GES	Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger	Name, Anschrift
Telefon	Telefax

**AutoPlus / AZ-Mobil**

Zielort der Fahrt / Reise

Aufwendungen (Bitte Belege beifügen, ggf. Rückseite ausfüllen)

**Versicherung Geschädigte/r**

Versichert bei

Vollkasko     ja     nein    SB

**Kontodaten VN**

Geldinstitut

Bankleitzahl	Konto-Nr.
Vorsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leasing <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Kontodaten Geschädigte/r**

Geldinstitut

Bankleitzahl	Konto-Nr.
Vorsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leasing <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

## Ergänzung bei Personenschäden / Insassenunfall / AllianzMobil

Versicherungsschein-Nr.

Schadennummer

### Insassen / Sozium GES-Kfz, Radfahrer / Fußgänger (nur bei KH-Verletztenfall)

1. Name, Vorname	2. Name, Vorname	3. Name, Vorname
Strasse	Strasse	Strasse
PLZ, Ort	PLZ, Ort	PLZ, Ort
<input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Radfahrer Angegurtet / Helm Verletzungen	<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> Fußgänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Radfahrer Angegurtet / Helm Verletzungen
<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> Fußgänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Radfahrer Angegurtet / Helm Verletzungen	<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> Fußgänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Insassen / Sozium VN-Kfz / Mitreisende (KH-Verletztenfall / Insassenunfall / AllianzMobil)

1. Name, Vorname	2. Name, Vorname	3. Name, Vorname
Strasse	Strasse	Strasse
PLZ, Ort	PLZ, Ort	PLZ, Ort
<input type="radio"/> Fahrer Angegurtet / Helm Verletzungen	<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Insasse / Sozium Angegurtet / Helm Verletzungen
<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Fahrer <input type="radio"/> Radfahrer Angegurtet / Helm Verletzungen	<input type="radio"/> Insasse / Sozium <input type="radio"/> Fußgänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Zusätzlich bei AZ-Mobil / Autoplus:

<input type="radio"/> Unfall / Panne <input type="radio"/> Erkrankung / Tod Fahrer Halter Kfz	<input type="radio"/> Reise mit eigenem Kfz. <input type="radio"/> Reise mit fremden Kfz. <input type="radio"/> Ehe- / Lebenspartner <input type="radio"/> Ehe- / Lebenspartner	<input type="radio"/> Sonstige Reise: Sonstiger: Sonstiger:
Vorsteuerabzugsberechtigung Rechnungsempfänger, wenn von VN abweichend:		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Weitere Aufwendungen		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____