

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	
Erreichbar von/bis	Uhr	Uhr	Uhr
Fax		Fax	
Fahrer / Name, Anschrift		Personenschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alter des Fahrers		Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen	
Blutprobe bei Fahrer		Unfallzeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Auffahrschaden		Falls ja, Name, Anschrift	
<input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt		Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel		Dienststelle	
<input type="checkbox"/> Parkschaden		Tagebuchnummer	
<input type="checkbox"/> Sturm-/Hagelschaden			
<input type="checkbox"/> Glasschaden			
<input type="checkbox"/> Verursacht durch VN, Fahrer			
Bemerkungen zu Schadenschilderung oder sonstiger Schaden			

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

Telefon	Telefax	Telefon	Telefax
---------	---------	---------	---------

AutoPlus / AZ-Mobil		Versicherung Geschädigte/r	
Zielort der Fahrt / Reise		Versichert bei	
Aufwendungen (Bitte Belege beifügen, ggf. Rückseite ausfüllen)			
		Vollkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SB	

Kontodaten VN		Kontodaten Geschädigte/r	
Geldinstitut		Geldinstitut	
Bankleitzahl	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Konto-Nr.
Vorsteuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsteuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leasing	<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)

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

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

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

Zusätzlich bei AZ-Mobil / Autoplus:

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

