

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Vertretung Nr. (Stempel)

- Kraft-Haftpflicht
 - Vollkasko SB _____
 - Teilkasko SB _____
 - AutoPlus
 - AllianzMobil
 - Kraft-Insassenunfall
- } (Bitte auch Rückseite ausfüllen)

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| Versicherungsscheinnummer / Schadennummer | | | Schadenmeldung durch | | |
| Schadentag _____ Uhrzeit _____ | | | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/in <input type="checkbox"/> Geschädigte/n <input type="checkbox"/> Sonstige | | |
| 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 | | |
| Alter des Fahrers _____ Jahre | | | Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen | | |
| Blutprobe bei Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | Unfallzeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> Auffahrschaden <input type="checkbox"/> Einbruch / Teilediebstahl | | | Falls ja, Name, Anschrift _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> Totaldiebstahl | | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel <input type="checkbox"/> Wildschaden | | | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Parkschaden <input type="checkbox"/> Brandschaden | | | Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> Sturm- / Hagelschaden <input type="checkbox"/> Sonstiger KH / KF-Schaden | | | Dienststelle _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Glasschaden <input type="checkbox"/> Panne | | | Tagebuchnummer _____ | | |
| Verursacht durch VN, Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | _____ | | |
| Bemerkungen zu Schadenschilderung oder sonstiger Schaden | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| VN-Kfz | | Amtliches Kennzeichen _____ Schadenhöhe ca. _____ | | GES-Kfz | |
| Modell _____ | | Km-Stand _____ Baujahr _____ | | Modell _____ | |
| Besichtigung am _____ | | <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag | | Besichtigung am _____ | |
| <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> VN | | Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> GES | |
| <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger | | Name, Anschrift: _____ | | <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger | |
| Telefon _____ | | Telefax _____ | | Name, Anschrift: _____ | |
| Telefon _____ | | Telefax _____ | | _____ | |
| AutoPI./AZ-Mobil | | Zielort der Fahrt / Reise _____ | | Versichert bei _____ | |
| Aufwendungen (Bitte Belege beifügen, ggf. Rückseite ausfüllen) | | _____ | | _____ | |
| _____ | | _____ | | Vollkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SB | |
| Geldinstitut _____ | | Geldinstitut _____ | | _____ | |
| Bankleitzahl _____ | | Konto-Nr. _____ | | Bankleitzahl _____ | |
| Vorsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Leasing <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 | | Leasing <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

*) freiwillige Angabe

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Ergänzung bei Personenschäden / Insassenunfall / AllianzMobil

Zu Schadennummer / VSNR: _____

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

Verletzte Geschädigte

| | | |
|--|--|--|
| 1. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ | 2. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ | 3. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ |
|--|--|--|

Verletzte Geschädigte

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

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

| | | |
|--|--|--|
| 1. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ | 2. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ | 3. Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse / Sozium <input type="checkbox"/> Angegurtet / Helm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verletzungen: _____ _____ _____ _____ _____ |
|--|--|--|

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

Zusätzlich bei AZ-Mobil:

AllianzMobil

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

AllianzMobil

AutoPlus

AutoPlus