

## Schnell-Schadenanzeige (KH-KK)

 Kfz-Haftpflicht       Kfz-Voll / Teilkasko

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                                                    |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Vertrags-Nummer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         | <b>Schadentag:</b>                                                 |         |
| <b>Schadenort:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                                                    |         |
| <b>Versicherungsnehmer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         | <b>Anspruchsteller:</b>                                            |         |
| <b>Lenker zum Unfallzeitpunkt</b> (Name, Anschrift): _____<br>geboren am: _____ Führerschein seit: _____ Klasse: _____ Führerschein- Nr.: _____<br>Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wurde der Führerschein Einbehalten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>Hat er vor dem Unfall Alkohol genossen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hat sich der Lenker unerlaubt vom Unfallort entfernt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                         |                                                                    |         |
| <b>Kfz-Kz / Risiko:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         | <b>Kfz-Kz / Risiko:</b>                                            |         |
| Tel. tagsüber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Abends:                                 | Tel. tagsüber                                                      | Abends: |
| Fax:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         | Fax:                                                               |         |
| E-Mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         | E-Mail:                                                            |         |
| <b>Schadenhergang:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                    |         |
| <b>Schadenumfang/Schadenhöhe:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                    |         |
| Möglichkeit zum Vorsteuerabzug:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein     |         |
| Bankverbindung für Entschädigung:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                    |         |
| IBAN / BIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                    |         |
| Kreditinstitut:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | Kontoinhaber:                                                      |         |
| <b>Zeugen und Polizei</b><br>Insassen im eigenen Fahrzeug und sonstige Augenzeugen<br>(Name, Anschrift): _____<br>_____<br>Welche Polizeidienststelle nahm den Unfall auf?<br>_____<br>Tagebuch- Nr.: _____<br>Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | Welche Maßnahmen zur Schadenbehebung wurden<br>bereits veranlasst? |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                                                    |         |
| <b>Datum</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Unterschrift Versicherungsnehmer</b> | <b>Unterschrift Vertriebspartner</b>                               |         |