

Kfz - Schadenanzeige



Schaden-Nr.:

<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Vollkasko	<input type="checkbox"/> Teilkasko	<input type="checkbox"/> Insassenunfall
Friedrich Carl Drewe GmbH & Co. KG Versicherungsmakler Rudolfstraße 6 48145 Münster Tel. 0251 3786-0 Fax 0251 3786-99	Absender: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (VN) <input type="checkbox"/> Anspruchsteller (AST)		
Schadendatum:	Uhrzeit:	Meldedatum:	
Schadenort:	Fahrzeuglenker (Anschrift):	Kennzeichen: KM-Stand: Fahrgestell-Nr.:	
Unfallhergang/Schadenumfang:		Wer haftet für den Schaden? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> AST	
Polizeiliche Aufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bitte Unfallprotokoll einreichen!	
Erforderliche Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bitte Kopie einreichen!	
Beifahrer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bitte Name und Anschrift angeben!	
Alkoholtest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einzug des Führerscheines?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfallgegner oder Verursacher:	Am Schaden beteiligtes Fahrzeug: Kennzeichen KM-Stand Fahrgestell-Nr.		
Besichtigungsort des beschädigten Fahrzeuges: - Name, Werkstatt, Adresse - Telefon und Telefax			
Vermutliche Schadenhöhe:	VN	EUR	AST EUR
Empfänger einer eventuellen Entschädigung:	Konto	BLZ	Institut
Sicherungsschein:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vorsteuerabzugsberechtigung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum, Unterschrift #VJH dYf: U f&)%' +, *!- - 'gYbXYb			

Zusätzliche Fragen bei:

Diebstahlschäden:		Bitte alle vorhandenen Schlüssel, Fahrzeugbrief und Kopie der polizeilichen Anzeige einreichen!			
Wann und wo war das Fahrzeug/Objekt abgestellt?					
Wann und von wem wurde der Diebstahl entdeckt?					
Welche Vorschäden hatte das Fahrzeug? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>					
Fahrzeugsicherungen:	Fenster	<input type="checkbox"/>	geschlossen	<input type="checkbox"/>	unverschlossen
	Türen	<input type="checkbox"/>	geschlossen	<input type="checkbox"/>	unverschlossen
	Schiebedach	<input type="checkbox"/>	geschlossen	<input type="checkbox"/>	unverschlossen
	Verdeck	<input type="checkbox"/>	geschlossen	<input type="checkbox"/>	unverschlossen
	Lenkradschloß	<input type="checkbox"/>	versperrt	<input type="checkbox"/>	nicht versperrt
	Zusatzsicherungen	<input type="checkbox"/>	angewendet	<input type="checkbox"/>	nicht angewendet
	Eingereichte Schlüssel	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/>	nicht vollständig (Begründung)
	Sonstiges				
Haarwildschäden:		Bitte Meldebestätigung der Polizei oder Forstbehörde einreichen!			
Wann und wo wurde der Unfall gemeldet?					
Wie waren die Fahrbahn und Witterungsverhältnisse?					
Welcher Art war das Tier?					
Personenschäden:		Angaben über Verletzte/Tote			
	1. Person	2. Person		3. Person	
Vorname, Name					
Anschrift					
Geburtsdatum/Alter					
Familienstand					
Beruf					
Beteiligt als (z. B. Fußgänger, Insasse)					
Art der Verletzung/ Todesursache					
Name Arzt/ Krankenhaus					
Anschrift:					
Sicherheitsgut angelegt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Meldepflicht erfüllt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkoholeinnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauschmitteleinnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenversichert bei					
Unfallversichert bei					
Lebensversichert bei					