

# 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:	Meldedatum:	Motorfahrzeug	Anhänger
Schadenort:	Fahrzeuglenker (Anschrift):	Kennzeichen: 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
<b>Datum, Unterschrift / (bitte per Fax (0251) 3786-99 senden)</b>			

**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?  keine

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:

Sicherheitsgurt 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: