

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Vermittlernummer

□□□□ / □□□□□□ / □□□□□□□□



Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: BS/BSZ/VSNR)

□□□□ / □□□□□□□□ / □□□□□□□□□□

ABS-Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: AS-VSNR inkl. Prüfziffer)

□□□□ - □□□□□□□□□□□□□□

- 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, Unfallort _____	
Telefon*) _____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		Telefon*) _____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
Erreichbar von / bis _____ Uhr _____ Uhr		Erreichbar von / bis _____ Uhr _____ Uhr	
Mobil*) _____		Mobil*) _____	
Fahrer / Name, Anschrift		<input type="checkbox"/> Personenschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen	
Alter des Fahrers _____ Jahre		<input type="checkbox"/> Unfallzeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name, Anschrift _____	
Blutprobe bei Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Totaldiebstahl _____	
<input type="checkbox"/> Auffahrschaden <input type="checkbox"/> Einbruch / Teildiebstahl <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel <input type="checkbox"/> Brandschaden <input type="checkbox"/> Parkschaden <input type="checkbox"/> Sonstiger KH / KF-Schaden <input type="checkbox"/> Sturm- / Hagelschaden <input type="checkbox"/> Panne <input type="checkbox"/> Glasschaden		<input type="checkbox"/> Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dienststelle _____ Tagebuchnummer _____	
Verursacht durch VN, Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bemerkungen zu Schadenschilderung oder sonstiger Schaden			

VN-Kfz		GES-Kfz	
Amtliches Kennzeichen _____	Schadenhöhe ca. _____	Amtliches Kennzeichen _____	Schadenhöhe ca. _____
Modell _____	Km-Stand _____	Modell _____	Km-Stand _____
	Baujahr _____		Baujahr _____
Besichtigung am _____	<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	Besichtigung am _____	<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger	Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> GES <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger	Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift: _____		Name, Anschrift: _____	
Telefon _____		Telefon _____	
AutoPl./AZ-Mobil		Versicherung	
Zielort der Fahrt / Reise _____		Versichert bei _____	
Aufwendungen (Bitte Belege beifügen, ggf. Rückseite ausfüllen)		Vollkasko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SB	
Kontodaten		Kontodaten	
Geldinstitut _____		Geldinstitut _____	
BIC _____	IBAN _____	BIC _____	IBAN _____
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

*) freiwillige Angabe

Vermittlernummer

□□□□ / □□□□□□ / □□□□□□□□

Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: BS/BSZ/VSNR)

□□□□ / □□□□□□□□ / □□□□□□□□□□

ABS-Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: AS-VSNR inkl. Prüfziffer)

□□□□ - □□□□□□□□□□□□□□

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge Ergänzung bei Personenschäden / Insassenunfall / AllianzMobil

Zu Schadennummer: _____

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

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

Verletzte Geschädigte

Verletzte Geschädigte

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

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

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

Zusätzlich bei AZ-Mobil:

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

AllianzMobil

AllianzMobil

AutoPlus

AutoPlus