

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	

*) 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