

Kauerauf Versicherungsmakler GmbH
T 040/ 81 95 66 66, F 040/ 81 95 66 67, M 0172/ 412 88 65

Kfz – Schadenanzeige

Kasko _____

Haftpflicht _____

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Versicherer

Versicherungsnr:

Schaden-Nr.

Schadentag/-zeit , Schadenort

Eigenes Fahrzeug

Kennzeichen _____

Name des Fahrers _____

Geburtsdatum _____

Führerschein-Nr./Klass/Aushändigungsdatum/Ausstellende Behörde

Was wurde beschädigt oder entwendet? _____
Siehe Rechnung

Geschätzte Schadenhöhe € _____

Fremdschaden

1. Anspruchsteller _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fahrzeugkennzeichen _____

Geschätzte Schadenhöhe € _____

2. Weitere Anspruchsteller _____

Schadenhergang, Skizze (Fortsetzung evtl. auf der Rückseite)

Unfallaufnahme durch die Polizei ja nein

Alkohol ja nein

Blutprobe ja nein

Anschrift der Polizeibehörde _____

Gebührenpflichtige Verwarnung ja nein

wer? _____

Zeugen/ Sonstiges 1 _____

Zeugen/ Sonstiges 2 _____

Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn der Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.

Stellen Sie eigene Ansprüche gegen den Anspruchsteller?

ja nein

Mehrwertsteuer Unternehmer ja nein

Vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift/ Firmenstempel