

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*) _____ privat _____ geschäftlich _____		Telefon*) _____ privat _____ geschäftlich _____	
Erreichbar von / bis _____ Uhr _____ Uhr		Erreichbar von / bis _____ Uhr _____ Uhr	
Mobil*) _____		Mobil*) _____	
Fahrer / Name, Anschrift _____		Personenschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Rückseite ausfüllen	
Alter des Fahrers _____ Jahre		Unfallzeugen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutprobe bei Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls ja, Name, Anschrift _____	
<input type="checkbox"/> Auffahrschaden <input type="checkbox"/> Einbruch / Teildiebstahl <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 <input type="checkbox"/> Sturm- / Hagelschaden <input type="checkbox"/> Sonstiger KH / KF-Schaden <input type="checkbox"/> Glasschaden <input type="checkbox"/> Panne		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 Amtliches Kennzeichen _____ Schadenhöhe ca. _____		VN-Kfz Amtliches Kennzeichen _____ Schadenhöhe ca. _____	
Modell _____ Km-Stand _____ Baujahr _____		Modell _____ Km-Stand _____ 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 Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger Name, Anschrift: _____		<input type="checkbox"/> GES Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger Name, Anschrift: _____	
Telefon _____		Telefon _____	
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 _____	
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"/> Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Insasse / Sozios
Angegurtet / Helm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Radfahrer
Verletzungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Fußgänger
_____	_____	Angegurtet / Helm
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	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
Angegurtet / Helm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Insasse / Sozios
Verletzungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Angegurtet / Helm
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	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