

FAX: 0662/4487-330



## KFZ - SCHADENBERICHT

### Art der Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kfz-Haftpflicht  
 Insassen-Unfall  
 Kasko

### Versicherungsnehmer

Name	Vorname	Polizzenummer	Geburtsdatum
Adresse		Telefon	E-Mail

### Versichertes Fahrzeug

Marke	Type	Behördliches Kennzeichen	Kilometerstand
Datum der Erstzulassung	Datum der Zulassung	Fahrgestellnummer	

### Lenker

Familienname	Vorname	Adresse		
Geburtsdatum	Führerscheinnummer	Führerscheinklassen	Führerschein ausgestellt von	ausgestellt am

Benützte der Lenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welchem Zweck diene die Fahrt?	<input type="checkbox"/> geschäftlich	<input type="checkbox"/> privat	
Gab es außer dem Lenker Insassen in Ihrem Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviele:
Wurden die Insassen mit Ihrer Zustimmung befördert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Konsumierte der Lenker innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel:
Wurde der Führerschein aufgrund dieses Unfalles abgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

### Wann ereignete sich der Schadenfall?

Datum	Uhrzeit	Schadenort
-------	---------	------------

### WICHTIG

Wer hat den Unfall verursacht?

### Weitere Angaben

Welche **Polizeistelle** nahm ein Protokoll auf?

Schilderung und Skizze des Unfallhergangs

