

- 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		Erreichbar von / bis _____ Uhr	
Fax*) _____		Fax*) _____	
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 Falls ja, Name, Anschrift _____	
Blutprobe bei Fahrer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____ _____	
<input type="checkbox"/> Auffahrschaden <input type="checkbox"/> Einbruch / Teilediebstahl <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		GES-Kfz	
Amtliches Kennzeichen _____	Schadenhöhe ca. _____	Amtliches Kennzeichen _____	Schadenhöhe ca. _____
Modell _____	Km-Stand _____	Modell _____	Km-Stand _____
	Baujahr _____		Baujahr _____
Besichtigung am _____		Besichtigung am _____	
<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> GES <input type="checkbox"/> Fahrbereit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger Name, Anschrift: _____		<input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Sonstiger Name, Anschrift: _____	
Telefon _____		Telefon _____	
Telefax _____		Telefax _____	
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 _____	
Bankleitzahl _____		Bankleitzahl _____	
Konto-Nr. _____		Konto-Nr. _____	
Vorsteuer <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		Leasing <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

*) freiwillige Angabe

Schadenmeldung Kraftfahrzeuge

Ergänzung bei Personenschäden / Insassenunfall / AllianzMobil

Zu Schadennummer / VSNR: _____

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 _____

Verletzte Geschädigte

Fahrer Insasse / Sozios Fahrer Insasse / Sozios Fahrer Insasse / Sozios

Radfahrer Fußgänger Radfahrer Fußgänger Radfahrer Fußgänger

Angegurtet / Helm ja nein Angegurtet / Helm ja nein Angegurtet / Helm ja nein

Verletzungen: _____ Verletzungen: _____ Verletzungen: _____

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 _____

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

Fahrer Insasse / Sozios Fahrer Insasse / Sozios Fahrer Insasse / Sozios

Angegurtet / Helm ja nein Angegurtet / Helm ja nein Angegurtet / Helm ja nein

Verletzungen: _____ Verletzungen: _____ Verletzungen: _____

Insassen VN-Kfz / Insassenunfall / AllianzMobil

Zusätzlich bei AZ-Mobil:

Unfall / Panne Reise mit eigenem Kfz. Sonstige Reise: _____

Erkrankung / Tod Reise mit fremdem Kfz. _____

Fahrer VN Ehe- / Lebenspartner/in Sonstiger: _____

Halter Kfz VN Ehe- / Lebenspartner/in Sonstiger: _____

Vorsteuerabzugsberechtigung Rechnungsempfänger, wenn von VN abweichend: ja nein

Weitere Aufwendungen _____

AllianzMobil

AllianzMobil

AutoPlus

AutoPlus