

# Schadenmeldung

Kfz-Kasko

Kfz-Haftpflicht

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Schadentag/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort/Straße: \_\_\_\_\_

## eigenes Fahrzeug

Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Fahrer: \_\_\_\_\_

Führerschein Klassen: \_\_\_\_\_

ausgestellt am: \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Listen-Nr.: \_\_\_\_\_

## Fahrzeug Unfallgegner:

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Fzg.-Typ: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

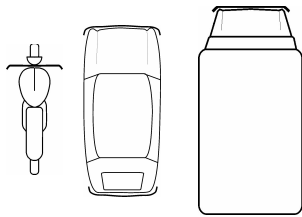
Eigentümer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sonst. Sachschäden: \_\_\_\_\_

Beschädigte Sache: \_\_\_\_\_

Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ▼

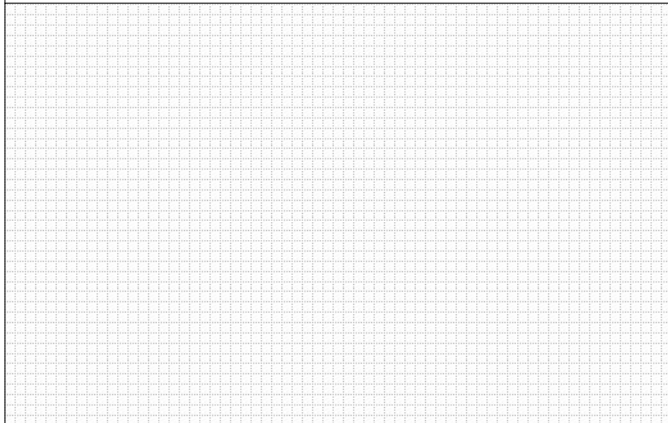


Sichtbare Schäden:

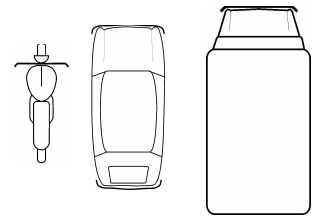
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Unfallskizze:

Bezeichnen Sie: 1. Straßen, 2. Richtung der Fahrzeuge A und B, 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes, 4. Straßenschilder, 5. Straßennamen



Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ▼



Sichtbare Schäden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verletzte:  ja  nein

Polizei:  ja  nein PLZ: \_\_\_\_\_ Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tgb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Blutprobe:  ja  nein \_\_\_\_\_

Augenzeuge(n): \_\_\_\_\_

Schadenschilderung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

**Car Fleet Concept GmbH**

Pienzenauer Str. 2 · 85567 Grafing · Tel. (08092) 85 33 88 - 0 · Fax (08092) 85 33 88 - 9  
info@cfc-fleet.com · www.cfc-fleet.com