

5. Fahrzeugversicherung (nur ausfüllen, wenn in Anspruch genommen wird)

Art der Beschädigung	<input type="checkbox"/> Kollisionsschaden	<input type="checkbox"/> Elementarschaden	<input type="checkbox"/> Diebstahl
	<input type="checkbox"/> Wild	<input type="checkbox"/> Glasbruch	<input type="checkbox"/> Brand
Bei Diebstahl: Wie war das Fahrzeug gesichert?			
Beschädigte Teile:			
Höhe des Schadens ca.:			
Totalschaden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wo und wann kann ihr Fahrzeug besichtigt werden ?			
Hat das Fahrzeug Vorschäden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Anzahl:	
Ist das Fahrzeug geleast oder sicherungsübereignet ?			

6. KfZ-Haftpflichtversicherung (nur ausfüllen, wenn in Anspruch genommen wird)

Name des Anspruchstellers:			
Anschrift und Telefon:			
Beschädigtes KfZ:	Typ:	Amtliches Kennzeichen:	
Höhe des Schadens ca.:			
Totalschaden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden ?			

7. Angaben über Verletzte/Getötete

Name , Anschrift und Telefon:			
Alter:		Familienstand:	
Beruf:		Verwandtschaftsverhältnis:	
Beschäftigungsverhältnis bei Ihnen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
War er Insasse Ihres KfZ ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
War der Verletzte angegurtet ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Art der Verletzungen:			
Wurde der Verletzte im Krankenhaus behandelt ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenn ja, in welchem:	

8. Entschädigung:

Empfänger:			
Zahlart:	<input type="checkbox"/> Scheck	<input type="checkbox"/> Überweisung	
Vorsteuerabzugsberechtigung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Name des Kreditinstituts:			
BLZ:		Kontonummer:	

Die Richtigkeit der Angaben werden bestätigt.

Datum: _____

Versicherungsnehmer_____
Fahrer