

# Kfz-Schadenanzeige



SL Assekuranz Berlin  
 Versicherungsmakler GmbH  
 Ansbacher Straße 5 | 10787 Berlin  
 Tel: +49 (0) 30 27 57 57 98-0  
 Fax: +49 (0) 30 27 57 57 98-9

**Versicherungsnehmer:**  
 Anschrift bzw. Firmenstempel

- Krafthaftpflicht**  
 **Vollkasko**  
 **Teilkasko**

Schaden Nr. SL:

Versicherer

Vers.-Nr.

Fahrzeug

Schadentag	Uhrzeit	Schadenort	
Amtliches Kennzeichen		Fabrikat/Typ	Erstzulassung

Fahrer

Name und Anschrift des Fahrers			
Führerscheinklasse	Führerschein-Nr.	Amt	ausgehändigt am
Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fahrerflucht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde die Fahrt nach ihrem Willen und Wissen ausgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Unfallgegner

Amtliches Kennzeichen	Fabrikat/Typ	Erstzulassung
Name und Anschrift des <u>Fahrers</u>		
Name und Anschrift des <u>Halters</u>		

Kasko

Was wurde beschädigt?	Wie hoch schätzen Sie die Kosten?
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	Für Versicherer: <input type="checkbox"/> Besichtigung <input type="checkbox"/> Regulierung SV beauftragt mit Datum/Zeichen
Ist das Kfz finanziert oder geleast? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift und dortige Vertragsnummer
Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zeugen/Polizei

Zeugen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anschrift:
Hat der Unfallgegner den Unfall mitverschuldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Warum?
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Polizeistelle und Aktenzeichen:
Verletzte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift:

Schadenschilderung

Skizze / sonstige Schilderung	Beschädigung am
	<p><b>KFZ VN</b></p> <p><b>KFZ Gegner</b></p>
evtl. Rückseite nutzen	

Unterschrift

**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

Ort	Datum	Unterschrift u. Stempel des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Fahrers
-----	-------	--	--------------------------