

KFZ Schadenanzeige

Schadenart	<input type="text"/>
Nummer SCHUNCK	<input type="text"/>

Ihr Kontakt zum KFZ-Schadenteam

Telefon +49 89 38177-495

Fax +49 89 33039890-403

e-Mail KFZ-Schaden@Schunck.de



Allgemeine Daten

Schadendatum / Uhrzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Versicherungsnehmer	<input type="text"/>
Kennzeichen KFZ	<input type="text"/>		Vorst.abzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anhänger mitgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fremd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ihre Schadennummer	<input type="text"/>
Kennz. mitgeführter Anh.	<input type="text"/>		Schadennummer Vers.	<input type="text"/>
Schadenort	<input type="text"/>		Strassenverhältnisse	<input type="text"/>
Schadenursache	<input type="text"/>		Witterungsverhältnisse	<input type="text"/>

Fahrer

Name / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Führerschein-Nummer	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>		Führerschein-Aussteller	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Führerschein-Datum	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		Führerschein-Klassen	<input type="text"/>
Alkohol-/Drogengenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Art der Fahrt	<input type="text"/>
Alkohol-/Drogentest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Polizei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Zeugen (bitte Anschriften)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Polizeidienststelle/Ansprechpartner/TB-Nr.	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Schäden am eigenen Kfz (bitte nur bei bei Kasko-Schäden ausfüllen)

Schadenhöhe ca. EUR	<input type="text"/>	Reparatur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was wurde beschädigt? (Bitte Fotos anfertigen)	<input type="text"/>		
Besichtigungsort (Anschrift /Telefon/Ansprechpartner)	<input type="text"/>		
Regulierung an Bankverb.	<input type="text"/>		

Unfallgegner (Bitte weitere Unfallbeteiligte unter Schadenschilderung erfassen)

Name	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	Telefax	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	e-Mail	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kennzeichen	<input type="text"/>
Was wurde beschädigt? Schadenhöhe ca. EUR	<input type="text"/>			

Schadenschilderung Vorsorgliche Meldung Ja Nein Haftung unklar Ja Nein

Wichtiger Hinweis: Bitte füllen Sie das Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus. Unrichtige und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, bewusst falsche oder lückenhafte Antworten auch dann, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

Datum / Unterschrift