

# KFZ Schadenanzeige

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

**Kontakt**  
Telefon +49 08261 - 7630-11  
Telefax +49 08261 - 7630-90  
EMail info@gl-truck.de



## Allgemeine Daten

Schadendatum	<input type="text"/>	Uhrzeit	<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			Ihre Schadennummer	<input type="text"/>
Kennz. mitgeführter Anh.	<input type="text"/>			Schadennummer Vers.	<input type="text"/>
Fremder Anhänger Schadenort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Land	<input type="text"/>	Strassenverhältnisse	<input type="text"/>
Schadenursache	<input type="text"/>			Witterungsverhältnisse	<input type="text"/>
<b>Fahrer</b>	<input type="text"/>				

Name / Vorname

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