



SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH Abt-Hyller-Str. 4 D-88250 Weingarten  
Telefon 0751-560360 Telefax 0751-56036-25 email info@suedwestring.de

Anschrift Versicherungsnehmer          Versicherungs-Nr. _____	<b>KFZ-Schadenanzeige</b>	<input type="checkbox"/> HAFTPFLICHT <input type="checkbox"/> KASKO
	<b>HINWEISE:</b> Nach dem Pflicht-Versicherungsgesetz hat der Geschädigte bei KFZ-Haftpflichtschäden einen Direktanspruch an den Versicherer, der Versicherer wird neben Ihnen selbst Schuldner und muss deshalb die Ansprüche selbstständig und eigenverantwortlich prüfen. Leiten Sie bitte Zuschriften sofort an uns weiter und geben Sie dem Unfallbeteiligten gegenüber keine Erklärungen zur Haftungsfrage ab. Geben Sie dem Geschädigten Anschrift, Policen-Nummer und ggf. die Schadennummer von uns oder dem Versicherer.  Versicherer _____	
<b>1. Schadendatum</b> _____ <b>Uhrzeit</b> _____ <b>Ort</b> _____		
<b>2. Eigenes Fahrzeug</b> Kennzeichen _____ Art/Hersteller _____ Fahrgestell-Nr. _____		Beschädigung am eigenen Fahrzeug - Bezeichnung der beschädigten Teile: _____ _____
<b>3. Fahrer des Vers.nehmers:</b> Name und Anschrift _____ Geb.datum: _____ Führerschein-Klasse _____ ausgestellt am _____ durch Behörde _____ Listen-Nr _____ <b>Alkoholgenuß:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>4. Anspruchsteller:</b> _____ Tel.: _____ Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>5. Fremdes Fahrzeug</b> Kennzeichen _____ Art/Hersteller _____ Typ/Baujahr _____ Versichert bei _____ Vers.schein-Nr.: _____ Teilkasko-Vers. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vollkasko-Vers. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Selbstbeteiligung € _____		Beschädigung am fremden Fahrzeug - Bezeichnung der beschädigten Teile: _____ _____
<b>6. Schadensausmaß:</b> _____ Voraussichtl.Reparaturkosten € _____ Zu besichtigen bei: _____ Tel: _____		
<b>7. Verletzte Personen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Name und Anschrift – Verletzungen – Krankenhaus – Arzt – Teilnahme am Verkehr _____ _____		
<b>8. Schilderung des Schadenereignisses</b> (ggf. Rückseite benutzen, auch für Skizze) _____ _____ _____ _____ _____ _____ Zeugen: _____ Polizei: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Adresse _____		
Unterschrift des Fahrers _____	Ort und Datum _____	Unterschrift Versicherungsnehmer _____