

KFZ Schadenanzeige

Schadenart

An

asko assekuranzmakler GmbH
 Max-Planck-Str. 7
 DE-85716 Unterschleißheim

Tel-Nr: +49(0)89/3 18 81 48-0
 Email: schaden-de@asko24.com, www.asko24.com

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.

Allgemeine Daten

Schadendatum / Uhrzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kennzeichen KFZ	<input type="text"/>	Fremd <input type="checkbox"/>
Kennzeichen Anhänger	<input type="text"/>	Fremd <input type="checkbox"/>
Schadenort	<input type="text"/>	
Schadenort (Ort/Straße)	<input type="text"/>	
Schadenursache	<input type="text"/>	
Versicherungsnehmer (Name/Anschrift/Telefon/E-Mail)	<input type="text"/>	
Ihre Schadennummer	<input type="text"/>	
Schadennummer asko	<input type="text"/>	
Fahrbahn	<input type="text"/>	
Schuldfrage	<input type="checkbox"/> VN selber	<input type="checkbox"/> Gegner <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> vorsorgliche Meldung

Fahrer

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Alkohol-/Drogengenuss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> Ergebnis
Alkohol-/Drogentest	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> Ergebnis

Führerschein-Nummer	<input type="text"/>
Führerschein-Aussteller	<input type="text"/>
Führerschein-Datum	<input type="text"/>
Führerschein-Klassen	<input type="text"/>
Art der Fahrt	<input type="text"/>

Polizei Ja Nein

Polizeidienstst./ Ansprechp./ Tagebuch-Nr.

Zeugen (bitte Anschriften) Ja Nein

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

Was wurde beschädigt? (bitte Fotos beifügen)	<input type="text"/>
Besichtigungsort (Anschrift/Telefon/ Ansprechpartner)	<input type="text"/>
Bankverbindung: Bank	<input type="text"/>
BLZ	<input type="text"/>
Kto.-Nr.	<input type="text"/>

Schadenhöhe ca. EUR	<input type="text"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorst.abzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Regulierung an	<input type="text"/>

Unfallgegner (bitte weitere Unfallbeteiligte unter Schadenschilderung erfassen) Ja Nein

Name/Firma	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Kennz.	<input type="text"/>

Fahrername	<input type="text"/>
Versicherer (Name/Anschrift/ Telefon/E-Mail)	<input type="text"/>
Police Nummer	<input type="text"/>
Was wurde beschädigt?	<input type="text"/>

Schadenschilderung (bitte auch Schadensskizze anfertigen) Anlage beachten (Seite 2, Schadensskizze, Fotos, etc.)