



Unfalldaten

Datum

Uhrzeit

PLZ, Ort

Straße

Für eine schnelle Bearbeitung faxen Sie uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben bitte an die **Faxnummer: 09561 / 5126878**

Angaben Anspruchsteller (Halter)

Kfz-Kennz.

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

IBAN

BIC

Bank

Kontolnh.

Angaben Anspruchsgegner (Halter)

Kfz-Kennz.

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Versicherung

Schadensnr.

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| Vorsteuerabzugsberechtigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polizeiliche Aufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| [bei ja, Kopie bitte per Post zusenden] | | |
| Gegner verwarnt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mietwagen erforderlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie verletzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtsschutz vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fahrzeuginformationen

Marke Typ

Erstzulassung

Vollkasko

Teilkasko

Werkstatt

Unfallschilderung:

Datum / Unterschrift