

# KFZ Schadenanzeige

Schadenart	
SCHUNCK Schadenr.	

Ihr Kontakt zum KFZ-Schadenteam  
**SCHUNCK GROUP Austria GmbH**  
Stadlweg 23 Top 8B A-6020 Innsbruck  
Tel. +43 (0) 512 278914 Fax: +43 (0) 512 278915  
Email: innsbruck@schunck.at



## Allgemeine Daten

Schadendatum		Uhrzeit	
Kennzeichen KFZ			
Anhänger mitgeführt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kennzeichen Anhänger			
Fremder Anhänger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Land <input type="text"/>
<b>Schadenort</b>	PLZ / Ort		
	Straße		
	Zusatz		

## Versicherungsnehmer

Vorst.abzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ihre Schadennummer		
Schadenr. Versicherer		
Schadenursache		
Strassenverhältnisse		
Witterungsverhältnisse		
Schadenort Kategorie		

## Fahrer

Name / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
Alkohol-/Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> getestet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Polizei</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Polizeidienststelle/Ansprechpartner/TB-Nr.	<input type="text"/>	
Wer wurde verwarnt?	<input type="text"/>	

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"/>
<b>Zeugen</b> / Beifahrer (Bitte Anschriften)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	

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

Schadenhöhe ca. EUR	<input type="text"/>
Was wurde beschädigt? <small>Bitte Fotos Detail und Gesamtansicht</small>	<input type="text"/>
Besichtigungsort Adr./Telef./Ansprechpartner	<input type="text"/>
Regulierung an Bankverb.	<input type="text"/>

Leasing-Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Reparatur geplant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Unfallgegner / Anspruchsteller (Bitte weitere Unfallbeteiligte unter Schadenschilderung erfassen)

Nachname / Firma	<input type="text"/>	
Vorname/Ansprechpartner	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Was wurde beschädigt? Schadenhöhe ca. EUR	<input type="text"/>	

Telefon	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>
e-Mail	<input type="text"/>
Kennzeichen	<input type="text"/>

<b>Schadenschilderung</b>	Haftungseinwände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ansprüche an UG selbst veranlasst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

### Datenschutz:

Mit der Nutzung dieses Formulars willigt der Verwender in die Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten unter Berücksichtigung unserer Datenschutzerklärung (unter [www.schunck.de/Datenschutz.aspx](http://www.schunck.de/Datenschutz.aspx)) ein und bestätigt die Kenntnis und Zustimmung etwa betroffener Dritter.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift