



Schadenanzeige Kraftfahrzeug

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)  |                       |
| ADOLPH JAHN & CO. GMBH<br>- VERSICHERUNGSMAKLER -<br>JOHANNES-BRAHMS-PLATZ 1<br>20355 HAMBURG | Telefon-Nr. tagsüber: |
|   | Vertrags-Nr.:         |
|   | Kennzeichen:          |

|            |    |    |     |
|------------|----|----|-----|
| Schadentag | am | um | Uhr |
|------------|----|----|-----|

|            |  |
|------------|--|
| Schadenort |  |
|------------|--|

|                         |                      |    |     |
|-------------------------|----------------------|----|-----|
| Polizeilich aufgenommen | am:                  | um | Uhr |
|                         | Polizeidienststelle: |    |     |
|                         | Aktenzeichen:        |    |     |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Verursacher / Fahrer |  |
|                      |  |
|                      |  |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Führerscheindaten | Führerschein-Nr.: |
|                   | Klasse            |
|                   | ausgestellt durch |

|                  |  |
|------------------|--|
| Beschädigt wurde | <input type="checkbox"/> eigenes Fahrzeug                            |
|                  | <input type="checkbox"/> fremdes Fahrzeug mit dem amtl. Kennzeichen: |
|                  | <input type="checkbox"/>   |

|   |  |
|---|--|
| Unfallbeteiligte/Anspruchsteller<br>(Name und vollständige Anschrift) |  |
|   |  |
|   |  |



**Bitte schildern Sie den Hergang des Schadens**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Skizze**

|  |
|--|
|  |
|--|

|                        |   |
|------------------------|---|
| Alkoholgenuss?         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ergebnis der Blutprobe | _____ o/oo  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Beigefügte Anlagen |  |
|--------------------|--|

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Ist das Kfz Betriebsvermögen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------|---|

|   |              |
|---|--------------|
| An wen soll der zu zahlende Betrag überwiesen werden? (evtl. Zahlungsabtretung) | Kontoinhaber |
|   | Kontonummer  |
|   | Bankleitzahl |
|   | Institut     |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------------|---|

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| , den<br>(Ort, Datum) | <br>(Unterschrift) |
|-----------------------|--------------------|