



# KRAMES CONSULT

V E R S I C H E R U N G S M A K L E R G M B H

KRAMES CONSULT VERSICHERUNGSMAKLER GMBH APFELBRUNNGRABEN 63 2384 BREITENFURT BEI WIEN  
TEL.+43/2239/5962 FAX.+43/2239/5962-4 WWW.KRAMESCONSULT.AT MARTIN.KRAMES@KRAMESCONSULT.AT

## Schadensanzeige KFZ

### Personendaten

Polizzenummer:	<input type="text"/>
Gesellschaft:	<input type="text"/>
Kunde:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer(in) <input type="checkbox"/> Beteiligter
Telefon:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>

### Daten über den Vorfall

### Fahrzeugdaten

Datum:	<input type="text"/>	KFZ-Art:	<input type="text"/>
Land:	<input type="text"/>	KFZ-Marke:	<input type="text"/>
Uhrzeit:	<input type="text"/>	Kennzeichen:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>		
Zeugen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name, Anschrift der Zeugen:	<input type="text"/>		
Behörtl. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Behörde:	<input type="text"/>		

### Schadenshergang

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls:

**Verletzte:**

Nennen Sie bitte die verletzten Personen mit Adresse und Telefonnummer, wenn möglich mit Geburtsdatum, Art der Verletzung und Krankenhaus bzw. Art:

**Beschädigte Sachen:**

Beschreiben Sie bitte Art und Ausmaß der Beschädigung:

**Beteiligte:**

Nennen Sie bitte die beteiligten Personen mit Adresse und Telefonnummer, wenn möglich auch mit Geburtsdatum, den Polizzennummern und Versicherungsgesellschaft:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift