

**Martens & Prah GmbH**  
**Fax: 0451/2 89 94-10**

**Schadenanzeige zur Kfz- Versicherung / Amtliches Kennzeichen:**

Haftpflicht       Kasko  
 Vorsteuerabzugsberechtigt:  ja     nein

Schadentag: \_\_\_\_\_ Schadenort: \_\_\_\_\_  
 Dienstfahrt     Privatfahrt

**Versicherungsnehmer:**

	Lieber Kunde, bitte senden Sie uns diese Schadenanzeige umgehend zurück. Sie helfen uns, den Schaden zügig zu bearbeiten.
--	---

**Fahrer:**

**Kostenstelle:** \_\_\_\_\_  MT  ST

	Telefonnummer: _____
Führerschein Nr.: _____	Telefaxnummer: _____
ausgestellt am: _____	
durch: _____	

**Fahrzeug:**

**Unfallgegener:** Name, Anschrift, Telefon

Kennzeichen: _____	
bei LKW: _____	
Ladung / Gewicht der Ladung _____	
	Kennzeichen / Baujahr: _____

**Schaden am Fahrzeug:**

**Fremdschaden:**

<b>Schadenhöhe ca. EUR</b>	Schadenhöhe ca. EUR
<b>bei Diebstahlschäden:</b>	Fahrzeug zu besichtigen bei:
<input type="checkbox"/> Fenster geschlossen <input type="checkbox"/> Türen geschlossen <input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen <input type="checkbox"/> Wegfahrsperre vorhanden	

Personenschaden :  nein     ja, Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

**Schadenhergang:** Gegebenenfalls Rückseite benutzen

Polizeiaufnahme: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____	
Tagebuch- Nummer: _____	
Alkoholgenuß: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis der Alkoholkontrolle: _____	
Gebührenpflichtige Verwarnung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer wurde verwarnt? _____	Höhe: EUR _____

**Zeugen:**

**Wichtiger Hinweis!** Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Datum und Unterschrift des Fahrers \_\_\_\_\_