



Spezielle Fragen zur **Krafftfahrt- Versicherung**

<p>Fahrer Name: Führerschein: Alkoholgenuss:</p>	<p>_____</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>wenn ja, Ergebnis der Alkoholkontrolle in ‰ _____</p>
<p>Eigenes Fahrzeug Amtl. Kennzeichen: Erstzulassung: Gesamtkilometer: Fabrikat und Typ des Fahrzeuges: Leasing:</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>Eigener Schaden Schäden am eigenen Kfz (Art und Höhe): Besichtigungsmöglichkeiten: Zahlung erbeten an (BLZ, Konto- Nr.):</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>Fremdschäden Geschädigter (Name, Anschrift, Telefon, Telefax): Sachschaden (Art u. Höhe - bei Kfz auch Kennzeichen angeben): Sonstige Geschädigte (Art u. Höhe - bei Kfz auch Kennzeichen angeben):</p> <p>Personenschaden: (wenn ja: Name und Anschrift)</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>_____ _____</p>
<p>Alter / Beruf / Familienstand: Verletzungen: Krankenhausbehandlung:</p> <p>Der Verletzte war:</p> <p>Sicherheitsgurt angelegt? Schutzhelm getragen?</p>	<p>_____ _____</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> fremder Fahrer <input type="radio"/> Fußgänger <input type="radio"/> Kradfahrer <input type="radio"/> eigener Insasse <input type="radio"/> Radfahrer <input type="radio"/> fremder Insasse</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>



Spezielle Fragen zur **Krafftfahrt- Versicherung**

Haben Sie eigene Ansprüche beim Gegner angemeldet oder beabsichtigen Sie dies?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zeugen: (Name, Anschrift, Telefon)	_____ _____ _____
Polizeiaufnahme: (wenn ja: Dienststelle / Aktenzeichen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ _____
Gebührenpflichtige Verwarnung: (wenn ja: Wer?)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ _____

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Versicherungsnehmers