



# Schadenmeldung / Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte vollständig ausfüllen und erforderliche Unterlagen beifügen.

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Kfz-Kennzeichen \_\_\_\_\_  
**Fahrer bei Eintritt des Schadenfalles:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
**Fahrzeughalter des Schadenfahrzeuges:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
**Angaben zum Schadentag:**

Datum (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ genauer Schadenort / Land \_\_\_\_\_  
Zahl der Insassen einschl. Fahrer \_\_\_\_\_ Entfernung Wohnsitz - Schadenort \_\_\_\_\_ km von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Reparaturbeginn \_\_\_\_\_ Reparaturende \_\_\_\_\_

**Folgende Leistungen mache ich geltend (Betrag pro Leistung):**

- |   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Pannenhilfe                | € _____ | <input type="checkbox"/> Fahrzeugabholung / Heimreise nach Wiedergenesung | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Bergen                     | € _____ | <input type="checkbox"/> Ersatz von Reisedokumenten                       | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Abschleppen                | € _____ | <input type="checkbox"/> Ersatz von Zahlungsmitteln                       | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Übernachtung               | € _____ | <input type="checkbox"/> Arzneimittelversand                              | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Bahnfahrt                  | € _____ | <input type="checkbox"/> Krankenbesuch                                    | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Mietwagen                  | € _____ | <input type="checkbox"/> Krankenrücktransport                             | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pickup-Kosten*             | € _____ | <input type="checkbox"/> Rückholung von Kindern                           | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Nutzungsausfall*           | € _____ | <input type="checkbox"/> Hilfe im Todesfall                               | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Ersatzteilversand          | € _____ | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung bei Reiseabbruch                | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Fahrzeug(rück)transport    | € _____ | <input type="checkbox"/> Hilfeleistung in besonderen Notfällen            | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Verzollung / Verschrottung | € _____ | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Fahrzeugöffnung                        | € _____ |
|   |         | <input type="checkbox"/> Dolmetscherkosten                                | € _____ |

\* Nur jeweils alternativ zum Mietwagen

**Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:**

IBAN \_\_\_\_\_ Kreditinstitut (Name und BIC, max. 11 Stellen) \_\_\_\_\_

Können Sie die MWSt beim Finanzamt absetzen?  ja  nein

Besteht eine besondere Auslandsrankenversicherung (nur bei Krankenrücktransport ausfüllen)?  ja  nein

Besteht anderweitig ein Schutzbrief, eine Super-Kasko, eine Kfz-Haftpflicht plus oder eine Hersteller-Mobilitätsgarantie?  ja  nein

Name, Anschrift der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

**Kurze Schilderung des Schadenfalles** (ggf. Rückseite benutzen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei Unfall **mit Fremdbeteiligung**:

Aufgenommen durch Polizeidienststelle  
**Wichtig** – unabhängig von der Schuldfrage:

Unfallgegner: Name, Anschrift \_\_\_\_\_ Kfz-Kennzeichen \_\_\_\_\_

Versicherung des Unfallgegners: Name, Anschrift \_\_\_\_\_ Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Bei Unfall **ohne Fremdbeteiligung**: Sind Sie vollkaskoversichert?  ja  nein

Name, Anschrift der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

**Folgende Originalbelege sind beigelegt:**

- |                                       |  |   |   |  |
|---------------------------------------|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pannenhilfe  | <input type="checkbox"/> Bahnfahrt         | <input type="checkbox"/> Fahrzeug(rück)holung         | <input type="checkbox"/> Arzneimittelversand    | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung bei Reiseabbruch     |
| <input type="checkbox"/> Bergen       | <input type="checkbox"/> Mietwagen         | <input type="checkbox"/> Verzollung / Verschrottung   | <input type="checkbox"/> Krankenrücktransport   | <input type="checkbox"/> Hilfeleistung in besonderen Notfällen |
| <input type="checkbox"/> Abschleppen  | <input type="checkbox"/> Pickup-Kosten     | <input type="checkbox"/> Fahrzeugabholung / Heimreise | <input type="checkbox"/> Krankenbesuch          | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Fahrzeugöffnung             |
| <input type="checkbox"/> Übernachtung | <input type="checkbox"/> Nutzungsausfall   | <input type="checkbox"/> Ersatz von Reisedokumenten   | <input type="checkbox"/> Rückholung von Kindern | <input type="checkbox"/> Dolmetscherkosten                     |
|                                       | <input type="checkbox"/> Ersatzteilversand | <input type="checkbox"/> Ersatz von Zahlungsmitteln   | <input type="checkbox"/> Hilfe im Todesfall     |  |

Bei Übernachtung, Bahnfahrt oder Mietwagen fügen Sie bitte eine zusätzliche Bestätigung / Kopie der Werkstattrechnung als Nachweis für die Fahrfähigkeit des Kfz bei.

Werden Rechnungen direkt vom hilfeleistenden Unternehmen eingereicht?  ja  nein

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Fahrers \_\_\_\_\_



**KS** Versicherungs-AG

Postfach 15 12 20 · 80047 München  
Telefon 089/539 81-200/201 · Telefax 089/539 81-297  
schutzbrief@ks-auxilia.de · www.ks-auxilia.de