

SCHADENANZEIGE

KRAFTFAHRTVERSICHERUNG



Haftpflicht
 Vollkasko Selbstbeteiligung EUR _____
 Teilkasko Selbstbeteiligung Ja Nein

Versicherungsnehmer:	Versicherer:
	VS-Nr.:
	Schaden-Nr.:
int. Aktenzeichen:	Kennzeichen:

1. Eigenes, am Unfall beteiligtes Fahrzeug	Wo trat der Schaden ein? (ggf. unbewachter Parkplatz o.ä., Anschrift)
Wann trat der Schaden ein? Datum: _____ Uhrzeit: _____	

Art des Kfz: Pkw <input type="checkbox"/> Kombi <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Hänger <input type="checkbox"/> Omnibus <input type="checkbox"/> Hersteller/Typ: _____ Fahrgestell-Nr.: _____	1. Zulassung: _____ Gesamtleistung in km: _____ Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeugs? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vorschäden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vorschäden repariert Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

Beschädigungen am eigenen Fahrzeug. Bezeichnung der beschädigten Teile.

Höhe der Reparaturkosten: _____

Zweck der Fahrt (Fahrt zur Arbeit/Dienstfahrt/Privat): _____
 Besteht für das Fahrzeug ein Schutzbrief? Ja Nein
 ... eine Verkehrs-Service-Versicherung? Ja Nein

2. Lenker des vorbezeichneten Kfz zum Unfallzeitpunkt:

Name und Anschrift:	ausgestellt am: _____ entzogen am _____	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Alkoholgenuss? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Entscheidet der Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum _____	Ergebnis der Blutprobe: _____	Besteht Verdacht auf Verkehrsunfallflucht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Führerschein-Klasse: _____	Medikamenten-/Rauschmitteleinnahme? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

3. Straßenverhältnisse:

Zustand der Fahrbahn: nass trocken vereist

Sichtverhältnisse an der Unfallstelle (hell, dunkel o. ä.): _____

War die Sicht durch Hindernisse eingeengt? _____

Straßenverhältnisse am Unfallort:
 Belag: _____ Breite: _____ m
 War Ihr Kfz verkehrstüchtig?
 (Reifen, Bremsen etc.) Ja Nein
 Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h

4. Andere Unfallbeteiligte

Eigentümer der beschädigten Sache/Kfz:	Kam es zur Berührung mit einem anderen Kfz? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bezeichnung der beschädigten Teile: _____
	Waren mehr als zwei Kfz am Unfall beteiligt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Kennzeichen des anderen Kfz _____	Reparaturkosten ca.: EUR _____

5. Wie hat sich das Schadenereignis zugetragen? (ausführliche Schilderung und Skizze, ggf. auf Beiblatt)

Wer hat den Schaden Ihres Erachterns nach verschuldet _____
 Stellen Sie anderweitig Ansprüche? Ja Nein
 Wenn ja, bei wem? _____

Bitte nur beantworten, wenn der Schaden durch Ihr Kind verursacht wurde:

8.a) Wer hat Ihr Kind beauftragt?
8.b) Wann (Std./Min.) wurde letztmalig vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen?
8.c) Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn verheiratet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

9.a) Falls der Schadenfall durch das Verschulden einer bei Ihnen beschäftigten Person verursacht wurde, Name, Alter und Anschrift dieser Person:	9.b) Bei Ihnen beschäftigt als:
	9.c) Seit:

10. Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	ggf. Name und Adresse	ggf. Name und Adresse
--	-----------------------	-----------------------

11. Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ggf. Von welcher Behörde: Aktenzeichen:
--	--

12.a) Sind schon Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	12.c) Wann?
12.b) Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer des Anspruchstellers	12.d) In welcher Höhe
	12.e) Mit welcher Begründung?

13.a) Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
13.b) Wenn ja, bitte Namen des Versicherers, Höhe der Versicherung und Versicherungsschein-Nr. angeben.

14.a) Welchen Anschaffungswert hat die Sache?	14.d) Wann und bei wem ist die Sache gekauft worden?
14.b) Höhe der Wiederherstellungskosten:	14.e) Haben Sie die beschädigte Sache besichtigt/durch jemanden besichtigen lassen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
14.c) Welchen Eindruck machte die beschädigte Sache? benutzt <input type="checkbox"/> abgenutzt <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/>	durch:

15.a) Haben Sie schon selber Schadenersatz geleistet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	15.c) In welcher Höhe?
15.b) Wenn ja, an wen?	15.d) Hat der Geschädigte aufgerechnet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

16. Bitte bei Personenschäden beantworten:	Verletzungen:
Name des Verletzten/Toten:	
Anschrift:	
Beruf: Alter: Familienstand:	
Krankenkasse/Berufsgenossenschaft:	Wurde der Verletzte ins Krankenhaus gebracht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterer Personenschaden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - ggf. auf gesondertem Beiblatt fortführen -	

17.a) Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	17.b) Er litt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	--

Bei Entschädigung bitte ich um einen Verrechnungsscheck | Überweisung auf das Konto Nr. _____
bei: _____ Bankleitzahl: _____ Kontoinhaber: _____
Wann wurde der Versicherungsschein eingelöst bzw. Der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr (an wen?) bezahlt?
Am: _____ An: _____

Die Regulierung des Schadens ist ausschließlich Sache der Versicherungsgesellschaft. Der Versicherungsnehmer darf sich daher ohne Zustimmung der Gesellschaft nicht in Verhandlungen mit dem Geschädigten einlassen, ihm insbesondere auch nicht den Vordruck zur Ausfüllung überlassen.

Es wird hiermit erklärt, dass die vorstehenden Fragen und die Schadensaufstellung wahrheitsgemäß beantwortet bzw. erstellt wurden. Bewusst falsche Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken.

(Ort)

(Datum)

(Makler)

(Versicherungsnehmer)