

Schadenanzeige Kraftfahrzeug-Haftpflicht- und Kaskoversicherung

Versicherungsnummer	Schadentag / Uhrzeit
Versicherungsnehmer	amtliches Kennzeichen des versicherten Fahrzeugs
Anschrift	Fahrzeugidentifizierungsnummer
Telefonnummer tagsüber	km-Stand am Schadentag

Fahrer war Versicherungsnehmer Ehepartner / Lebensgefährtin Sohn / Tochter _____
Geburtsdatum des Fahrers _____

Waren Sie mit der Fahrt einverstanden? ja nein

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? ja nein

Entfernte er sich unerlaubt vom Unfallort? ja nein

Stand er unter Alkohol- oder Drogeneinfluss? ja nein

Wurde eine Blutprobe entnommen? ja ____ ‰ nein

Wurde mit Anhänger gefahren? ja (amtliches Kennzeichen: _____) nein

Schadenort _____

Schadenhergang (evtl. auch Zusatzblatt nutzen)

Machen Sie eigene Ansprüche beim Anspruchsteller geltend? ja nein

Versicherung des Anspruchstellers _____

Ist der Schaden polizeilich aufgenommen worden? ja nein

Wenn ja, Dienststelle / Anschrift, Vorgangsnummer _____

Erfolgte die Aufnahme im vereinfachten Verfahren? (wenn ja, bitte Kopie beifügen) ja nein

Zeugen (Name, Anschrift) _____

Fragen zum Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Schaden

Anspruchsteller

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon tagsüber _____

Fragen zum Kfz-Haftpflichtschaden

Was wurde beschädigt? _____

Alter und Zustand der beschädigten Sache _____

voraussichtliche Schadenhöhe / Reparaturkosten _____

Bei Kfz-Schäden: Hersteller / Typ _____

Amtliches Kennzeichen des Anspruchsteller-Fahrzeugs _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?
(Werkstatt, Telefonnummer) _____

Ist ein Personenschaden eingetreten? ja nein

Wurde der Anspruchsteller selbst verletzt? ja nein, sondern

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon tagsüber _____ Alter der verletzten Person _____

Art der Verletzung _____

War ein Notfallwagen oder ein Rettungshubschrauber an der Unfallstelle? ja nein

Kam die verletzte Person in ein Krankenhaus? ja nein

Ist die verletzte Person Arbeitskollege von Ihnen bzw. der
mitversicherten Person oder bei Ihnen beschäftigt? ja nein

Fragen zum Kaskoschaden

Erstzulassung Ihres Fahrzeugs _____ Zahl der Vorbesitzer _____ Kaufdatum / Kaufpreis _____

Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? ja, Leasinggeber ist _____ nein

Voraussichtliche Reparaturkosten / Schadenhöhe _____

Welche Vorschäden (auch reparierte) hat das Kfz erlitten? _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?
(Werkstatt, Telefonnummer) _____

Kann die Mehrwertsteuer abgesetzt werden? ja, zu _____ % nein

■ bei Diebstahlschäden

Wurde das gesamte Kfz entwendet? ja nein

Falls nein, was wurde entwendet? _____

War das Kfz ordnungsgemäß gesichert? ja nein

Wurden das Fahrzeug oder die entwendeten Teile wieder aufgefunden? ja nein

Wurde der Täter ermittelt? ja nein

■ bei Brandschäden

Wodurch ist der Brand entstanden? _____

■ bei Tier-Wildschäden

Erfolgte eine Berührung mit einem Tier? (Wenn vorhanden bitte Protokoll nachreichen) ja nein

Tierart _____

Im **Kraftfahrzeug-Haftpflichtschaden** soll die Zahlung erfolgen an

Anspruchsteller Sonstige (Name, Anschrift) _____

Überweisungskonto IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Im **Kraftfahrzeug-Kaskoschaden** soll die Zahlung erfolgen an

Versicherungsnehmer Leasinggeber Sonstige (Name, Anschrift) _____

Überweisung auf Basiskonto IBAN _____ BIC _____

anderes Überweisungskonto IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Mir ist bekannt, dass falsche, unvollständige oder verspätete Angaben, Belege und Unterlagen zum Fortfall des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese für die Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde oder der Höhe nach von Belang sind. Bei vorsätzlich falschen, unvollständigen oder verspäteten Angaben, Belegen und Unterlagen kann die Leistungspflicht vollständig entfallen. Beruhen diese lediglich auf grober Fahrlässigkeit, kann der Versicherer berechtigt sein, seine Leistung in einem der Schwere dieses Verschuldens entsprechenden Verhältnis, ggf. bis zum vollständigen Verlust des Anspruches, zu kürzen.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift Versicherte/r

Bemerkung des Vertriebspartners

Unterschrift des Vertriebspartners