

SCHADENANZEIGE KRAFTFAHRTVERSICHERUNG

Haftpflicht

Vollkasko mit Selbstbeteiligung DM _____

Teilkasko mit Selbstbeteiligung DM _____

Versicherungsnehmer:

Versicherer:

VS-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Unser Aktenzeichen:

Kennzeichen: _____

1. Eigenes am Unfall beteiligtes Fahrzeug

Wann trat der Schaden ein? Datum: _____ Uhrzeit: _____	Wo trat der Schaden ein? (Ggf. unbewachter Parkplatz o.ä., Anschrift) _____
Art des Kraftfahrzeuges: Pkw <input type="checkbox"/> Kombi <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Anhänger <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 mit Bezeichnung der beschädigten Teile: _____	
Höhe der Reparaturkosten ca.: _____ DM	
Zweck der Fahrt (z.B. zur Arbeit/Dienstfahrt/Privat): _____	Besteht für das Fahrzeug ein Schutzbrief? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ... eine Verkehrs-Service-Versicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

2. Lenker des vorbezeichneten Kraftfahrzeuges zum Unfallzeitpunkt

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

3. Straßenverhältniss zum Zeitpunkt des Unfalls

Zustand der Fahrbahn: nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/>	Straßenverhältnisse am Unfallort: Belag: _____ Breite: _____ m
Sichtverhältnisse an der Unfallstelle (hell, dunkel o. ä.): _____	War Ihr Kraftfahrzeug verkehrstüchtig? (Reifen, Bremsen etc.) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
War die Sicht durch Hindernisse eingeengt? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h

4. Andere Unfallbeteiligte

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

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

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Wer hat den Schaden Ihres Erachtens nach verschuldet? _____	Stellen Sie anderweitig Ansprüche? Wenn ja, bei wem?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

6. Zeugen und Polizei

Insassen im eigenen Fahrzeug (Name, Anschrift):	Weitere Augenzeugen (Name, Anschrift):	Behördlich aufgenommen am: _____
		Dienststelle: _____
		Tagebuch-Nr.: _____
		Verfahren (Verwarnung, Bußgeld oder Anzeige) gegen: _____
Insgesamt _____	Personen (inkl. Fahrer) _____	

Bitte nur bei Haftpflicht-Schäden ausfüllen

7. Bitte bei Personenschäden beantworten

Name des Verletzten/Toten: _____	Verletzungen: _____
Anschrift: _____	
Beruf: _____ Alter: _____ Familienstand: _____	
Sonstiges: _____	
Krankenkasse/Berufsgenossenschaft: _____	
Verkehrsteilnehmer als (z.B. Fußgänger, Insasse in Kfz)	Hatte der Insasse Sicherheitsgurte angelegt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Wurde der Verletzte in ein Krankenhaus gebracht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterer Personenschaden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	(Ggf. bitte auf gesondertem Beiblatt fortführen)
Besteht für Ihr Kfz eine Insassen-Unfallversicherung? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Versicherer: _____ Versicherungsschein-Nr. _____

Bitte nur bei Kasko-Schäden ausfüllen

8. Angaben zur Schadenhöhe

Kaufpreis des Fahrzeuges: _____ DM	Ist das Kraftfahrzeug durch einen Sachverständigen besichtigt worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wo kann das Kraftfahrzeug besichtigt werden? _____	
Zubehör des Fahrzeuges: _____ (Art und Wert)	
Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Ja <input type="checkbox"/>% Nein <input type="checkbox"/>
Bei Zahlungen bitte Konto angeben	
Institut: _____	Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____
Ist das Fahrzeug sicherungsübereignet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Bitte beachten: Im Falle einer Sicherungsübereignung Ihres Fahrzeuges ist von Ihnen eine Bestätigung des Sicherungsgläubigers vorzulegen, daß er mit ei	
Zahlung an Sie oder an Dritte einverstanden ist.	

9. Zusatzfragen bei Diebstahlschäden

Wann wurde das Fahrzeug abgestellt?	Wann wurde der Diebstahl bemerkt?
Datum: _____ Uhrzeit: _____	Datum: _____ Uhrzeit: _____
Wie gelangten die Täter in das Fahrzeug?	
Lenkradschloß eingerastet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Fahrzeugschlüssel abgezogen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Türen abgeschlossen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Scheiben geschlossen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schiebedach geschlossen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Durch Kette und Schloss gesichert (Krad)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Was wurde an Ihrem Kraftfahrzeug beschädigt oder entwendet?	
Wurden das Kraftfahrzeug oder entwendete Teile wieder aufgefunden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

10. Wildschaden

Art des Haarwildes: _____	Meldung bei Polizei- oder Forstbehörde (ggf. Frage 6) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde das Haarwild abgeliefert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bei welcher Dienststelle? _____
Gegen welches Fahrzeugteil geriet das Wild? _____	

11. Weitere Fragen bei F a h r z e u g t o t a l d i e b s t a h l bitte auf beiliegendem Zusatzfragebogen beantworten.

Wann wurde der Versicherungsschein eingelöst bzw. der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr an wen bezahlt?

Am: _____ An: _____

Die Aufklärungspflicht gem. § 7 AKB dem Versicherer gegenüber erfordert die volle und wahrheitsgemäße Schilderung des Sachverhalts und die richtige Beantwortung aller Fragen, denn nur dann ist der Anspruch auf Versicherungsschutz gegeben. Bei nicht vollständiger und nicht wahrheitsgemäßer Beantwortung kann der Versicherungsschutz auch dann versagt werden, wenn hierdurch kein Nachteil entsteht.

Es wird hiermit erklärt, daß die vorstehenden Fragen und die Schadensaufstellung wahrheitsgemäß beantwortet bzw. erstellt wurden. Bewußt falsche Angaben können den Verlus des Ersatzanspruches bewirken. Eventuell vorhandene Reste der beschädigten Sachen müssen bis zur Freigabe durch die Gesellschaft aufbewahrt werden.

_____ (Ort) _____ (Datum) _____ (Makler) _____ (Versicherungsnehmer)