



Geschäftsstelle/Vertretung _____

Kraftfahrt-Schadenanzeige

Herrn/Frau/Fräulein/Firma

Schaden-Nr. _____

Vers.-Schein-Nr. _____

K-Haftpflicht

K-Fahrzeug (Kasko)

K-Unfall

K-MobilPlus

Beantworten Sie bitte die Fragen eingehend und wahrheitsgemäß. Soweit der Raum nicht ausreicht, bitte ein Beiblatt verwenden (ein Hinweis auf polizeiliche Ermittlungen reicht keinesfalls aus).

1. Versicherungsnehmer, versichertes Fahrzeug

Name, Vorname		Anschrift		Telefon
Konto bei (Bank/Sparkasse)		Konto-Nr.	BLZ	Konto-Inhaber
Kfz-Art	Hersteller/Modell	Kennzeichen	Eigentümer	
erstmalig zugelassen	km-Stand bei Unfall	Zweck der Fahrt		Fahrgestell-Nr.

2. Fahrzeuglenker

Name, Vorname		Anschrift		Telefon
Geburtsdatum	Führerschein-Klasse	ausgestellt am	ausstellende Behörde	Führerschein-Nr.
Blutprobe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ergebnis o/oo	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blieb der Fahrer an der Unfallstelle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
entzogen am				

3. Schadenhergang

Schadentag	Uhrzeit (0-24)	Schadenort (Straßenstelle, Kilometerstein usw.)		
Name des Unfallgegners		Anschrift	Telefon	Kennzeichen
Schilderung des Schadenhergangs _____ _____ _____			Unfallskizze	
Wer ist nach Ihrer Meinung schuldig? _____				
Bei Nichtverschulden: Anschrift der gegnerischen Versicherungsgesellschaft: _____				
Besteht eine Schutzbriefversicherung / Mobilitätsgarantie? Wenn ja, Anschrift des Unternehmens und dortiges Aktenzeichen: _____				
			Haben Sie beim Unfallgegner (Versicherung) Ihren Schaden geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

4. Zeugen, Polizei

Insassen im eigenen Fahrzeug (Namen, Anschriften)		Weitere Augenzeugen (Namen, Anschriften)	
_____ _____		_____ _____	
Gesamtzahl (mit Fahrer) Personen			
Polizeilich festgestellt am	Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	Verfahren (Anzeige, Bußgeld) gegen

5. Personenschaden

Name des Verletzten / Erkrankten I			Name des Verletzten / Erkrankten II		
Anschrift			Anschrift		
Beruf	Alter	Familienstand	Beruf	Alter	Familienstand
Verletzungen			Verletzungen		
Arzt/Krankenhaus			Arzt/Krankenhaus		
Verkehrsteilnehmer als (z.B. Insasse bei ..., Fußgänger usw.)			Verkehrsteilnehmer als (z.B. Insasse bei ..., Fußgänger usw.)		
Auslandskrankenversicherung Gesellschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vers.-Nr.:			Hatte der Insasse Sicherheitsgurte angelegt? I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein II <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

6. Schäden an fremden Sachen (bitte auch beantworten, wenn keine Ansprüche gestellt werden)

Bezeichnung der Sachen (bei Kfz: Fabrikat und Kennzeichen)		Bezeichnung der beschädigten Teile	
_____		_____	
_____		_____	
Reparaturkosten	Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?		

7. Beschädigungen am eigenen Fahrzeug (bei K-Haftpflicht-, Kasko- und MobilPlus-Schäden ausfüllen)

Bezeichnung der beschädigten Teile:	

Reparaturdauer:	

Vorschäden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorschäden repariert: <input type="checkbox"/> ja, mit € _____ <input type="checkbox"/> nein	

8. Zusatzfragen beim Kaskoschaden

8.1 Angaben zum versicherten Fahrzeug			
Kaufpreis	gekauft am: <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht	Wie viele Vorbesitzer?	Sonderaufbauten Art: Wert: €
Reparaturkosten	Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?		Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Gehört das Kfz zum Betriebsvermögen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sicherungsschein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Finanzierungsinstitut
8.2 Bei Diebstahlschäden		8.3 Bei Wildschäden	
Wie wurde die Entwendung ausgeführt?		Welche Fahrzeugteile berührten das Wild?	
Ergebnis der polizeilichen Ermittlungen		Art des Wildes	wo abgeliefert?
Lenkrad abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Meldung beim Jagdberechtigten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zündschlüssel abgezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ (bitte Bescheinigung beifügen)	
Türen abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Scheiben geschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten für die Bearbeitung des Schadens speichert und diese - sofern notwendig - an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

(Unterschrift des Fahrers)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)