



Anschrift des Versicherungsnehmers:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Schadenanzeige Kfz-Unfall

Bitte immer angeben:

(Schaden- oder Versicherungsschein-Nr.)

Unsere Fragen:	Ihre Antworten:		
1. Nähere Bezeichnung Ihres Fahrzeugs?	Amtliches Kennzeichen	Fahrzeug-Ident.-Nr. (bitte dem Fahrzeugschein entnehmen)	
	Hersteller	Verkaufsbezeichnung	Baujahr
	War Ihr Fahrzeug verkehrssicher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht? _____ Km-Stand: _____ Stellen Sie Ihr Fahrzeug in der Regel in einer abschließbaren Einzel- oder Doppelgarage ab? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann haben Sie das Fahrzeug erstmals auf sich oder Ihren Ehepartner zugelassen? _____		
2. a) Wann ereignete sich der Schaden? b) Was war der Anlass der Fahrt?	Tag: _____ Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> privater Anlass <input type="checkbox"/> geschäftliche Fahrt (außer Fahrten zum Arbeitsplatz)		
3. Wo ereignete sich der Schaden?	(PLZ, Ort, Straße) _____ <input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> außerorts <input type="checkbox"/> Geschwindigkeitsbeschränkung _____ km/h		
4. a) Wer fuhr Ihr Fahrzeug? b) Besitzt der Fahrer einen gültigen Führerschein? c) Hat dieser vor diesem Ereignis Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? d) War Ihnen das bekannt? e) Wurde ein Alkoholtest durchgeführt bzw. eine Blutprobe entnommen? f) Wurde dem Fahrer der Führerschein entzogen? g) Fuhr er mit Ihrem Einverständnis? h) Wenn nein, wie gelangte er in den Besitz der Schlüssel / des Fahrzeugs? i) Sind Sie mit dem Fahrer verwandt?	<input type="checkbox"/> Sie selbst; wenn ja, bitte weiter mit Fragen 4b, c, e, f. <input type="checkbox"/> Ihr Ehe-/Lebenspartner _____ <small>(Name, Geburtsdatum)</small> <input type="checkbox"/> _____ <small>(Name, Anschrift, Telefon-Nr., Geburtsdatum)</small> <input type="checkbox"/> ja _____ <small>(Klasse, Aushändigungstag, ausstellende Behörde)</small> <input type="checkbox"/> nein War Ihnen dies bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art / Menge _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit folgendem Ergebnis _____ % <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____		
5. a) Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenommen? b) Wurde einer der Beteiligten gebührenpflichtig verwahrt? c) Wurde ein Bußgeldverfahren / Strafverfahren (z. B. wegen Unfallflucht, Körperverletzung usw.) eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ <small>(Anschrift, Telefon-Nr.)</small> _____ Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer? _____ _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen wen? _____ Behörde: _____ <small>(Anschrift, Telefon-Nr.)</small> _____ Aktenzeichen: _____		

<p>6. a) Wie viele Personen waren in Ihrem Fahrzeug? b) Wer hat den Schadenhergang beobachtet?</p>	<p>_____</p> <p>Im eigenen Fahrzeug: _____ (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p>Außerhalb des eigenen Fahrzeugs: _____ (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p>
--	--

7. Wie ist der Schaden entstanden? (Unfallhergang, Verkehrszeichen, Fahrbahnmarkierungen, Witterungsverhältnisse, Beleuchtung der Fahrzeuge, Bremsspuren usw. **Skizze** ggf. auf gesondertem Blatt)

<p>8. Welche Geschwindigkeit hatte Ihr Fahrzeug?</p>	<p>Kurz vor dem Unfall _____ km/h Zum Zeitpunkt der Kollision _____ km/h</p>
--	--

<p>9. a) War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug beteiligt? b) Wer ist der Halter des anderen Fahrzeugs? c) Fahrer? d) Ist Ihnen bekannt, wo dieses versichert ist? e) Was wurde am fremden Fahrzeug beschädigt? f) Wie hoch schätzen Sie den Schaden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (amtl. Kennzeichen, Verkaufsbezeichnung, Farbe)</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Stoßstange vorne <input type="checkbox"/> Kühler <input type="checkbox"/> Motorhaube</p> <table border="0"> <tr> <td>vorderer Kotflügel</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>Tür vorne</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinten</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinterer Kotflügel</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Kofferraumdeckel <input type="checkbox"/> Stoßstange hinten</p> <table border="0"> <tr> <td>Bereifung vorne</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinten</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Verglasung, welche Teile? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	

<p>10. a) Wurden weitere Sachen beschädigt? b) Wer ist Eigentümer?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p>
--	---

<p>11. Was wurde an Ihrem Fahrzeug beschädigt?</p>	<input type="checkbox"/> Stoßstange vorne <input type="checkbox"/> Kühler <input type="checkbox"/> Motorhaube vorderer Kotflügel <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Tür vorne <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts hinten <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts hinterer Kotflügel <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Kofferraumdeckel <input type="checkbox"/> Stoßstange hinten Bereifung vorne <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts hinten <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Verglasung, welche Teile? _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____
---	--

<p>12. Ist Ihr Fahrzeug noch anderweitig versichert?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schutzbrief / Verkehrs-Service-Versicherung <input type="checkbox"/> über den Arbeitgeber / Dienstherrn _____ (Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen) _____
--	--

<p>13. a) Stellen Sie Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner?</p> <p>b) Wurden diese Ansprüche bereits geltend gemacht?</p> <p>c) Haben Sie bereits Zahlungen erhalten?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen wen? _____ (Name, Anschrift, Versicherungsgesellschaft) _____ _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	--

Bitte nur ausfüllen, wenn Fremdschaden entstanden ist.

<p>1. Wer trägt nach Ihrer Auffassung die Schuld an dem Unfall?</p> <p>2. Womit begründen Sie Ihre Ansicht?</p> <p>3. Von wem wurde ein Schuldanerkenntnis abgegeben?</p>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Bitte nur ausfüllen, wenn Personenschaden entstanden ist.

<p>1. Verletzte im eigenen Fahrzeug?</p> <p>2. Verletzte im fremden Fahrzeug?</p> <p>3. Verletzte außerhalb des / der Kfz?</p> <p>4. Art der Verletzung?</p>	Name, Anschrift, Alter, Familienstand, Beruf, Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<p align="center">angegurtet?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	---

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Ihre Fahrzeugvollversicherung (Vollkasko) oder Fahrzeugteilversicherung (Teilkasko) in Anspruch nehmen.

<p>1. a) Wann haben Sie Ihr Kfz erworben? b) Zu welchem Kaufpreis? c) Handelt es sich um ein Re-Import-Fahrzeug? d) Tag der ersten Zulassung? e) Gesamtlauflistung z. Z. des Schadens? f) Hatte Ihr Fahrzeug vor diesem Ereignis unreparierte Schäden? g) Hatte Ihr Fahrzeug vor diesem Ereignis reparierte Schäden? h) Wie schätzen Sie den jetzt eingetretenen Schaden ein? Voraussichtliche Reparaturkosten? Geschätzter Fahrzeugwert? Ist Totalschaden eingetreten?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Umfang _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Umfang _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2. Ist Ihr Fahrzeug finanziert, geleast oder übereignet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem?</p> <p>_____</p> <p align="center"><small>(Kreditgeber / Leasingfirma)</small></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Übersenden Sie uns bitte eine Erklärung des Finanzierungsinstituts, aus der hervorgeht, an wen eine Entschädigung ausbezahlt ist.</p> </div>
<p>3. Besteht für dieses Fahrzeug Berechtigung zum Vorsteuerabzug?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4. Die Überweisung des Entschädigungsbetrags soll erfolgen an:</p> <p>Name: _____</p> <p>IBAN: _____</p> <p>_____</p> <p>Name und Sitz der Bank: _____</p>	

Wichtiger Hinweis:

Sie bzw. der Fahrer / die Fahrerin sind verpflichtet, alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestands und zur Minderung des Schadens dienlich sein kann. Dazu gehört auch die sorgfältige und genaue Beantwortung aller in dem vorliegenden Formular gestellten Fragen.

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können, auch wenn uns hierdurch kein Schaden entsteht, zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und uns berechtigen, unsere Aufwendungen von Ihnen bzw. dem Fahrer / der Fahrerin zurückzufordern. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben sind Sie auch dann verantwortlich, wenn ein anderer sie niederschreibt.

Bitte erkennen Sie Ansprüche des / der Geschädigten weder ganz noch teilweise an.

_____, den _____

 Unterschrift des Fahrers

_____, den _____

 Unterschrift des Versicherungsnehmers