

**Anschrift des Versicherungsnehmers:**

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Schadenanzeige Kfz-Unfall

Bitte immer angeben:**(Schaden-Nummer)****Bitte beantworten Sie folgende Fragen**

Tagsüber erreichbar: Telefon mobil _____ Festnetz _____

E-Mail _____ Ausgeübter Beruf _____

Angaben zu Ihrem am Unfall beteiligten Fahrzeug

Kennzeichen _____ aktueller km-Stand _____

Wo stellen Sie Ihr Fahrzeug in der Regel ab?

Hersteller/Typ _____

 Einzelgarage Doppelgarage Tief-/Sammelgarage Carport privater Stellplatz sonstiger StellplatzBei Kraftfahrzeug-Versicherung
Wurde zum Unfallzeitpunkt ein Anhänger mitgeführt? nein ja, Kennzeichen Anhänger _____

Versicherer _____

Bei Anhänger-Versicherung
War der Anhänger zum Unfallzeitpunkt mit dem Zugfahrzeug verbunden? nein ja, Kennzeichen Anhänger _____

Versicherer _____

Wann ereignete sich der Schaden?

Datum _____ Uhrzeit _____

Wo ereignete sich der Schaden?

Land/Postleitzahl/Ort/Straße

Wer fuhr Ihr Fahrzeug?

Name, Anschrift _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?

 nein ja

Wenn nein, wie kam er in den Besitz der Schlüssel?

 nein ja, wie? _____

Sind Sie mit dem Fahrer verwandt?

 ja nein, war Ihnen das bekannt? nein ja

Besitzt der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis für das versicherte Fahrzeug?

Hat dieser vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen?

 nein ja, Art/Menge _____War Ihnen das bekannt? nein ja

Wurde ein Alkoholtest durchgeführt oder eine Blutprobe entnommen?

 nein ja, Ergebnis _____ ‰

Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenommen?

 nein ja, Dienststelle/Aktenzeichen _____

Wurde gegen den Fahrer ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

 nein ja, weshalb? _____

Wer hat den Schadenhergang im eigenen Fahrzeug beobachtet?

Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail

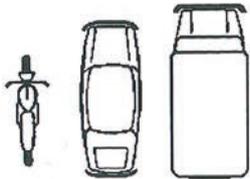
Außerhalb des Fahrzeugs

Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail

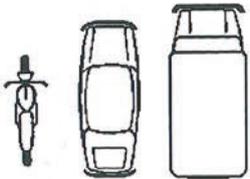
Wie schnell fuhren Sie zum Unfallzeitpunkt?	_____ km/h
---	------------

Wie entstand der Schaden? Bitte gehen Sie auf folgende Punkte ein: Unfallhergang, Verkehrszeichen, Witterung, Beleuchtung der Fahrzeuge, Bremsspuren und Geschwindigkeitsbeschränkungen. Bitte zeichnen Sie eine Unfallskizze.

Was wurde an den Fahrzeugen beschädigt? Bitte markieren Sie die beschädigten Stellen.



Ihr Fahrzeug



Fremdes Fahrzeug

Kennzeichen _____

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Versicherung _____

War am Unfall noch ein weiteres Fahrzeug beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen _____
Wer fuhr dieses Fahrzeug?	_____ Namen, Anschrift, Telefon, E-Mail

Wer hat Ihrer Meinung nach Schuld an dem Unfall und warum?	_____ _____
--	----------------

**Möchten Sie Ihre Kaskoversicherung oder Ausland-Schadenschutz-Versicherung in Anspruch nehmen?
Dann beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

Hatte Ihr Fahrzeug vor dem Ereignis unreparierte Schäden? (Geben Sie auch Gebrauchsschäden an, z. B. Lackkratzer)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Umfang _____
---	---

Ist Ihr Fahrzeug geleast oder fremdfinanziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Wir dürfen den Fahrzeugschaden nur mit Zustimmung Ihres Leasing- oder Kreditgebers an Sie erstatten. Bitte reichen Sie eine Einverständniserklärung baldmöglichst nach.	

Können Sie für das Fahrzeug Steuer absetzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Die Überweisung soll erfolgen an:

Name, Anschrift Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____
nur bei Auslandsüberweisung

**Bestand für das am Unfall beteiligte Fahrzeug eine Fahrerschutzversicherung?
Dann beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

Wurde der Fahrer verletzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Werden Ansprüche gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann erhalten Sie ein gesondertes Schreiben von uns.

**Wurden Personen verletzt oder getötet?
Dann beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

Verletzte/Getötete außerhalb des eigenen Fahrzeugs?	Person 1 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____ Verletzungen	Person 2 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____ Verletzungen
	Verletzte/Getötete im eigenen Fahrzeug? _____ Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____ Verletzungen Familienstand <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Kinder _____ ja, wie? _____ Fahrt zum/zur <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Pflegeleistung <input type="checkbox"/> Vereinstätigkeit <input type="checkbox"/> Ehrenamtstätigkeit <input type="checkbox"/> Blutspende <input type="checkbox"/> Dienstreise <input type="checkbox"/> _____ sonstiger Anlass	Person 2 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____ Verletzungen Familienstand <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Kinder _____ ja, wie? _____ Fahrt zum/zur <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Pflegeleistung <input type="checkbox"/> Vereinstätigkeit <input type="checkbox"/> Ehrenamtstätigkeit <input type="checkbox"/> Blutspende <input type="checkbox"/> Dienstreise <input type="checkbox"/> _____ sonstiger Anlass
Leben Sie mit dieser Person dauerhaft oder vorübergehend in häuslicher Gemeinschaft? Sind Sie mit dieser Person verwandt? Was war aus Sicht des Verletzten der Anlass der Fahrt?		

Wichtige Pflichten/Obliegenheiten

Durch den mit Ihnen geschlossenen Vertrag ergeben sich für Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls Pflichten. Sie müssen uns wahrheits- und fristgemäß jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unseres Leistungsumfangs erforderlich ist. Hierzu zählt alles, was zur Aufklärung des Sachverhalts zumutbar ist. Sie sind auch dann dafür verantwortlich, wenn ein anderer für Sie die Angaben macht.

Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Auf Grund gesetzlicher Vorschriften weisen wir Sie auf Folgendes hin: Verletzen Sie diese Pflichten vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Pflichten können wir unsere Leistung gemäß der Schwere Ihres Verschuldens kürzen – bis hin zum vollständigen Verlust des Anspruchs.

Eine Kürzung erfolgt nur dann nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Beeinflusst die Pflichtverletzung weder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch die unseres Leistungsumfangs, hat diese keinen Einfluss auf die Versicherungsleistung. Das müssen Sie nachweisen.

Verletzen Sie Ihre Pflichten arglistig, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung in jedem Fall.

Hinweis: Diese Pflichten gelten für alle mitversicherten Personen (zum Beispiel Fahrer, Halter, Beifahrer).

_____, den _____

Unterschrift Fahrer

_____, den _____

Unterschrift Versicherungsnehmer