

**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  
\_\_\_\_\_

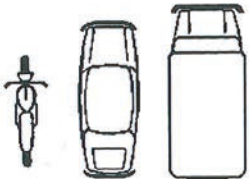
Wie schnell fuhren Sie zum Unfallzeitpunkt?	_____ km/h
---	------------

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 _____
<b>Wir dürfen den Fahrzeugschaden nur mit Zustimmung Ihres Leasing- oder Kreditgebers an Sie erstatten. Bitte reichen Sie eine Einverständniserklärung baldmöglichst nach.</b>	

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 <b>außerhalb</b> des eigenen Fahrzeugs?	<b>Person 1</b> 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	<b>Person 2</b> 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 <b>im eigenen</b> Fahrzeug?  _____ Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____ Verletzungen  Familienstand <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Kinder _____ ja, wie? _____ <b>Fahrt zum/zur</b> <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	<b>Person 2</b> 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? _____ <b>Fahrt zum/zur</b> <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