

Schadenanzeige Kfz-Unfall

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Name: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Telefon privat: _____
 Telefon dienstlich: _____

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 Wo stellen Sie Ihr Fahrzeug in der Regel ab? Bei Kraftfahrzeug-Versicherung Wurde zum Unfallzeitpunkt ein Anhänger mitgeführt? Bei Anhänger-Versicherung War der Anhänger zum Unfallzeitpunkt mit dem Zugfahrzeug verbunden?	Kennzeichen _____ aktueller km-Stand _____ Hersteller/Typ _____ <input type="checkbox"/> Einzelgarage <input type="checkbox"/> Doppelgarage <input type="checkbox"/> Tief-/Sammelgarage <input type="checkbox"/> Carport <input type="checkbox"/> privater Stellplatz <input type="checkbox"/> sonstiger Stellplatz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen Anhänger _____ Versicherer _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen Anhänger _____ Versicherer _____
---	--

Wann ereignete sich der Schaden? Wo ereignete sich der Schaden?	Datum _____ Uhrzeit _____ Land/Postleitzahl/Ort/Straße _____
--	---

Wer fuhr Ihr Fahrzeug? Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? Wenn nein, wie kam er in den Besitz der Schlüssel? Sind Sie mit dem Fahrer verwandt? Besitzt der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis für das versicherte Fahrzeug? Hat dieser vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? Wurde ein Alkoholtest durchgeführt oder eine Blutprobe entnommen?	Name, Anschrift _____ Telefon _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, war Ihnen das bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Menge _____ War Ihnen das bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____ %
---	---

Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenommen? Wurde gegen den Fahrer ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle/Aktenzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb? _____
--	---

Wer hat den Schadenhergang im eigenen Fahrzeug beobachtet?	Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail _____
--	---

Außerhalb des Fahrzeugs

Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail

Wieschnell 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.

Kennzeichen

Name

Anschrift

Telefon

E-Mail

Ihr Fahrzeug

Fremdes Fahrzeug

Versicherung

War am Unfall noch ein weiteres Fahrzeug beteiligt? nein 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 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)

nein ja, Umfang

Ist Ihr Fahrzeug geleast oder fremdfinanziert?

nein 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?

nein 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:**

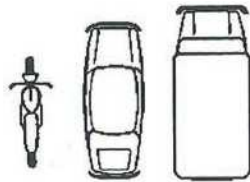
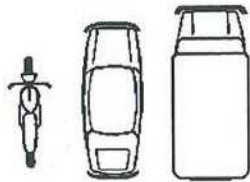
Wurde der Fahrer verletzt?

nein ja

Werden Ansprüche gestellt?

nein ja, dann erhalten Sie ein gesondertes Schreiben von uns.

Large empty rectangular area for text input.



Five horizontal lines for text input.

Empty rectangular box for text input.

Two horizontal lines for text input.

Empty rectangular box for text input.

Two horizontal lines for text input.

Shaded horizontal bar.

Empty rectangular box for text input.

Two horizontal lines for text input.

Empty rectangular box for text input.

Empty rectangular box for text input.

Empty rectangular box for text input.

Empty rectangular box for text input.

Shaded horizontal bar.

Empty rectangular box for text input.

**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/Helmbenutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> Name <hr/> Straße <hr/> PLZ/Ort <hr/> Verletzungen	Person 2 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helmbenutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> Name <hr/> Straße <hr/> PLZ/Ort <hr/> Verletzungen
Verletzte/Getötete im eigenen Fahrzeug? 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?	Person 1 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helmbenutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> Name <hr/> Straße <hr/> PLZ/Ort <hr/> Verletzungen <hr/> Familienstand Anzahl Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <hr/> 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/Helmbenutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> Name <hr/> Straße <hr/> PLZ/Ort <hr/> Verletzungen <hr/> Familienstand Anzahl Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <hr/> <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <hr/> 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

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, braucht der Versicherer Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und ihm die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Er kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

_____, den _____

Unterschrift Fahrer

_____, den _____

Unterschrift Versicherungsnehmer