

Schadenanzeige Kfz

- Kraftfahrt-Haftpflicht (= Fremdschaden) Fragen 1 - 7
- Vollkasko (= Schaden am eigenen Kfz) Fragen 1 - 4, 8 - 10

ABC-Str. 45
20354 Hamburg
Telefon: 040 / 30 96 98 - 0
Telefax: 040 / 30 96 98 - 500

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer
-----------------	---------------------------	---------------	---------------

Name und Anschrift Versicherungsnnehmer

Hagen & Kruse
ABC-Straße 45

20354 Hamburg

IBAN		BIC				
Geldinstitut		abw. Kontoinhaber				
1. Fahrzeug	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Kraftrad	<input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Fernverkehr	<input type="checkbox"/> Werkverkehr <input type="checkbox"/> Nahverkehr	Kw/PS	Re-Import <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzter Km-Stand
	Fabrikat	Type	Erstzulassung	Amtl. Kennzeichen	Fahrgestellnummer	
2. Fahrer	Name		Vorname	Postleitzahl, Wohnort	Straße/Hausnummer	
	Geburtsdatum		Führerscheinklasse	Ausstellungsbehörde	Ausstellungsdatum	
	Enthält der Führerschein des Fahrers Einschränkungen oder Auflagen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welche (z.B. Tragen einer Brille)?	Wurden die Auflagen voll erfüllt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen benutzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Fragen zum Unfall	Schadentag/Uhrzeit		Schadenort	Straße/Hausnummer	<input type="checkbox"/> innerhalb <input type="checkbox"/> einer Ortschaft <input type="checkbox"/> einer Garage	<input type="checkbox"/> außerhalb <input type="checkbox"/> einer Ortschaft <input type="checkbox"/> einer Garage
	Fand eine polizeiliche Schadenaufnahme statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Dienststelle	Tagebuchnummer	<input type="checkbox"/> Verwarnung/Anzeige gegen <input type="checkbox"/> VN / Fahrer	
	Hatte der Fahrer die erforderliche Fahrerlaubnis zur Zeit des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ist der Führerschein am Unfalltag sichergestellt/entzogen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	War das Fahrzeug verkehrs-sicher (insbes. Bremsen, Reifen, Lenkung)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verblieb der Fahrer am Unfallort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatte der Fahrer innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige		Getränke oder Medikamente/ Drogen zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte Art/Menge angeben:	Ist eine Blutprobe erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja %		
Zeugen (bitte genaue Anschriften)						

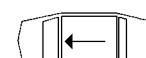
Halten Sie sich hinsichtlich entstandener Schäden für verantwortlich?

Bitte kennzeichnen Sie die Anstoßstellen:

Fremd-fahrzeug



Eigenes
Fahrzeug



5. Geschädigter						
Name		Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Fahrzeug		Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung	Telefon (tagsüber)
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad						
Name		Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Fahrzeug		Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung	Telefon (tagsüber)
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad						
Name		Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Fahrzeug		Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung	Telefon (tagsüber)
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad						
6. Schäden der Beteiligten						
Welcher Schaden ist an Ihrem Fahrzeug eingetreten?		geschätzt ca. <input type="checkbox"/> EUR	Welcher Schaden ist dem Geschädigten entstanden?		geschätzt ca. <input type="checkbox"/> EUR	
Wo kann der Schaden des Unfallgegners besichtigt werden?		Alter und Zustand der beschädigten Sache (Vorschäden)?				
Machen Sie eigene Ansprüche geltend? Wenn ja, gegen wen?		Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Geltendmachung Ihrer Ansprüche beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name		Vorname	
			Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Ist der Anspruchsteller mit dem Versicherungsnehmern verwandt/bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, wie?	Sind Forderungen gegen Sie erhoben worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, von wem?	
7. Personenschaden					Anzahl und Alter der Kinder	
Name d. verletzten Person					Alter	
Beruf					Familienstand	
Anschrift						
Art der Verletzung					Arzt/Krankenhaus (mit Anschrift)	
Ist/war die verletzte Person		Ihr Arbeitnehmer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ihr Arbeitgeber? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tätig beim gleichen Arbeitgeber? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ist/war die verletzte Person angeschnallt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Insasse eigenes Fahrz. <input type="checkbox"/> Insasse fremdes Fahrz.	Sonstiges (z.B. Helm, Kindersitz) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. Kaskoschaden						
Wird die Voll-/Teilkaskoversicherung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bitte beachten Sie: 1. Ihr Fahrzeug wird bei einem Schaden über EUR 500,- durch einen Sachverständigen beobachtet. Die Kosten für ein von Ihnen bestelltes Gutachten können wir nicht übernehmen. 2. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Fahrzeug nicht repariert wird.	achten können wir nicht übernehmen. 2. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Fahrzeug nicht repariert wird.		3. Übersteigt ein Diebstahl-, Brand- oder Wildschaden den Betrag von EUR 150,- so ist er auch der Polizei unverzüglich anzuzeigen.	
9. Allgemeine Fragen						
Sind Sie Eigentümer des versicherten Fahrzeugs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern		gekauft am	mit km	Kaufpreis	Geschätzte Schadenhöhe	
				Anzahl Vorbesitzer	Garagenfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht						
Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ggf. Name d. Leasinggebers	Besteht ein Sicherungsschein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorschäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo besteht eine Verkehrs-Service- oder Schutzbrieftversicherung?			
10. Besichtigung					Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen? (genaue Anschrift, Telefon)	
Wichtiger Hinweis						
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind.		Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass bewusst falsche oder	lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung		des Falles auswirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht.	
Unterschriften					Ort, Datum	
					Unterschrift des Versicherungsnehmers	
					Unterschrift des Fahrers (wenn nicht VN)	