

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 - 50

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

Name und Anschrift Versicherungsnehmer

Hagen & Kruse  
ABC-Straße 45

20354 Hamburg

IBAN	BIC
Geldinstitut	abw. Kontoinhaber

1. Fahrzeug	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Werkverkehr <input type="checkbox"/> Nahverkehr Kw/PS Re-Import <input type="checkbox"/> Kraftrad <input type="checkbox"/> Fernverkehr <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? Welche (z.B. Tragen einer Brille)? Wurden die Auflagen voll erfüllt? Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen benutzt?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Fragen zum Unfall	Schadentag/Uhrzeit Schadenort Straße/Hausnummer	<input type="checkbox"/> innerhalb <input type="checkbox"/> außerhalb <input type="checkbox"/> einer Ortschaft <input type="checkbox"/> einer Ortschaft <input type="checkbox"/> einer Garage <input type="checkbox"/> einer Garage
	Fand eine polizeiliche Schadenaufnahme statt? Dienststelle Tagebuchnummer	<input type="checkbox"/> Verwarnung/Anzeige gegen <input type="checkbox"/> VN / Fahrer <input type="checkbox"/>
	Hatte der Fahrer die erforderliche Fahrerlaubnis zur Zeit des Unfalls? Ist der Führerschein am Unfalltag sichergestellt/entzogen worden? War das Fahrzeug verkehrssicher (insbes. Bremsen, Reifen, Lenkung)?	Verblieb der Fahrer am Unfallort?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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? Wenn ja, bitte Art/Menge angeben: Ist eine Blutprobe erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja %
	Zeugen (bitte genaue Anschriften)	

4. Unfallhergang Schadensursache/ Skizze (mit Angabe der Straßenverhältnisse, Verkehrszeichen usw.)	
---	--

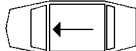
Halten Sie sich hinsichtlich entstandener Schäden für verantwortlich?  
☐ nein ☐ teilweise ☐ ja

Bitte kennzeichnen Sie die Anstoßstellen:

Fremd-  
fahrzeug



Eigenes  
Fahrzeug



5. Geschädigter	Name	Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
	Fahrzeug <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad	Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung
	Name	Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
	Fahrzeug <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad	Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung
	Name	Vorname	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
	Fahrzeug <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kraftrad	Fabrikat	Type	Amtl. Kennz.	Erstzulassung
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
	Ist der Anspruchsteller mit dem Versicherungsnehmer verwandt/bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie?	Straße/Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort
			Sind Forderungen gegen Sie erhoben worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, von wem?
7. Personenschaden	Name d. verletzten Person	Beruf	Alter	Familienstand	Anzahl und Alter der Kinder
	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 <input type="checkbox"/> vorsorgliche Meldung	Bitte beachten Sie: 1. Ihr Fahrzeug wird bei einem Schaden über EUR 500,- durch einen Sachverständigen besichtigt. Die Kosten für ein von Ihnen bestelltes Gutachten 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
		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht		Anzahl Vorbesitzer	Garagenfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Name d. Leasinggebers		Besteht ein Versicherungsschein? <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 Schutzbriefversicherung?	
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)	