

SCHADENANZEIGE KRAFTFAHRT-HAFTPFLICHTSCHADEN

VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Vorname
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon/Mobil	Fax
Beruf (bei Betrieben Gewerbe)	
Versicherungsschein-Nr.	Schaden-Nr.

ANGABEN ÜBER IHR KRAFTFAHRZEUG

Amtliches Kennzeichen	Fahrgestell-Nr.
Erstzulassung / Baujahr	Gesamtkilometerleistung
Fabrikat / Typ	

SCHADENSCHILDERUNG

Schadentag	Uhrzeit
Schadenort	
<p>Bitte schildern Sie das Schadenereignis ausführlich und fertigen Sie eine Skizze an. Verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt. Wenn Fotos von der Unfallstelle vorhanden sind, stellen Sie uns diese bitte zur Verfügung.</p>	
Gibt es Zeugen des Unfalles? <input type="checkbox"/> Ja Bitte Name, Adresse und Telefonnummer nennen <input type="checkbox"/> Nein	
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen? Gegen wen wurde ein Bußgeld- / Strafverfahren eingeleitet? Aktenzeichen?	

SCHADENANZEIGE KRAFTFAHRT-HAFTPFLICHTSCHADEN

ANGABEN ZUM FAHRER

Name

Vorname

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Mobil

Führerschein Klasse/n (zur Zeit des Schadens)

Führerschein-Nr.

Ausstellungsdatum

Ausstellende Behörde

Ist der Fahrer mit Ihrem Einverständnis gefahren? Ja Nein

Enthielt der Führerschein Auflagen oder Einschränkungen Ja Welche und wurden diese erfüllt? Nein

Ist dem Fahrer der Führerschein vor diesem Unfall entzogen worden? Ja Wann und warum? Nein

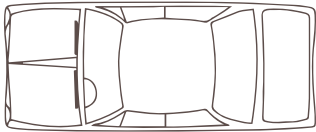
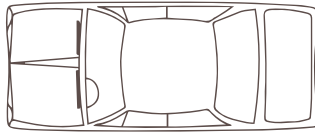
Stand dieser Fahrer zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss oder anderer berauschender Mittel? Ja Art und Menge? Nein

Hat eine Blutprobe stattgefunden? Ja Mit welchem Ergebnis? Nein

Wurde der Führerschein eingezogen? Ja Mit welcher Begründung? Nein

SCHADENANZEIGE KRAFTFAHRT-HAFTPFLICHTSCHADEN

SCHADENERSATZANSPRÜCHE

	Anspruchsteller	Anspruchsteller
Name		
Straße/Haus-Nr.		
PLZ/Ort		
Wurden auch Personen verletzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name des Verletzten/Art und Umfang der Verletzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name des Verletzten/Art und Umfang der Verletzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name des Verletzten/Art und Umfang der Verletzung
Trifft den Anspruchsteller selbst die Schuld an dem Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Warum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Warum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Warum?
Amtl. Kennzeichen des Fahrzeugs		
War der Anspruchsteller bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschreiben Sie bitte die Schäden an den fremden Fahrzeugen und/oder Sachen		
Zeichnen Sie bitte die beschädigten Stellen und die Anstoßrichtung ein! Können Sie uns Fotos von den beschädigten Fahrzeugen zur Verfügung stellen?		

SCHADENANZEIGE KRAFTFAHRT-HAFTPFLICHTSCHADEN

SCHADENERSATZANSPRÜCHE

Waren weitere Fahrzeuge an dem Unfall beteiligt? Ja Nein

Geben Sie bitte die aml. Kennzeichen, die Anschriften der Beteiligten und deren Versicherungsgesellschaft an

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie wegen des Schadens, den Sie selbst erlitten haben, bei der Gegenseite Ansprüche geltend machen Ja Nein

Falls Sie einen Rechtsanwalt beauftragt haben, geben Sie uns bitte dessen Anschrift bekannt

SCHLUSSEKLRUNG

Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Es ist mir außerdem bekannt, dass sämtliche noch erkennbaren Reste beschädigter Sachen bis zur Besichtigung durch den beauftragten Schadenregulierer zur Wahrung der Ansprüche sorgfältig aufzubewahren sind.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Fahrers