

Bitte Versicherungsschein-/Schadenummer angeben:

1. Versicherungsnehmer:

Bitte beachten Sie auch das beigefügte Merkblatt

<p>Name, Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Geb.-Datum: _____ Beruf: _____</p> <p>Tel. tagsüber: _____ Fax: _____</p> <p>Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beschädigungen am <u>eigenen</u> Fahrzeug – Bezeichnung der beschädigten Teile:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Zweck der Fahrt: <input type="checkbox"/> Privatfahrt <input type="checkbox"/> Dienstfahrt <input type="checkbox"/> Nahverkehr <input type="checkbox"/> Fernverkehr</p> <p>Entfernung Schadenort – Wohnort _____ km</p>	<p>Welche Sparte möchten Sie in Anspruch nehmen? <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief-Versicherung</p> <p>Schadentag: _____ Uhrzeit: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Angaben zu Ihrem Fahrzeug:</p> <p>amtl. Kennzeichen: _____ 1. Zulassung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Anhänger <input type="checkbox"/> Krad</p> <p>Hersteller: _____ Typ: _____</p> <p>Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____</p> <p>Gesamtlauflistung in km: _____</p> <p>Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeugs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Steht Ihr Kfz nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>unreparierte Vorschäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Art der Beschädigungen: _____</p> <p>_____</p> <p>reparierte Vorschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja EUR _____</p> <p>Schäden beim Vorbesitzer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Besteht eine Verkehrs-Service-Versicherung (Schutzbrief?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bei welcher Gesellschaft? _____</p>
--	---



2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt

<p>Name, Vorname: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p>	<p>Geb.-Dat.: _____</p> <p>_____</p>
<p>Immer ausfüllen wenn Fahrzeug in Betrieb war!</p> <p>Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Klasse: _____</p> <p>Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Entscheidet d. Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰</p> <p>Drogen-/Rauschmittelgenuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche: _____</p> <p>Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

3. Andere Unfallbeteiligte:

<p>Name, Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>amtl. Kennzeichen: _____</p> <p>Tel. tagsüber: _____</p>	<p>Beschädigungen am Fahrzeug:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherer: _____</p>
<p>Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____</p> <p>deren amtl. Kennzeichen: _____</p>	

4. Ausführliche Schadenschilderung		
4.1 Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h Zustand der Fahrbahn: <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist	Vorgeschriebene Geschwindigkeit am Unfallort? _____ km/h <input type="checkbox"/> Zielort der Fahrt? _____ (nur Schutzbrief)	
4.2 Schilderung:		
Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verschuldet? _____ _____ _____	Stellen Sie auch bei der gegnerischen Haftpflichtversicherung Ansprüche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei wem?	
5. Zeugen, Polizei:		
Gesamtanzahl der Insassen _____ (mit Fahrer)	Insassen im eigenen Fahrzeug (Namen, Anschriften) _____ _____ _____	Polizeilich aufgenommen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Polizeidienststelle (bitte vollständige Anschrift angeben): _____ _____ _____ Tagebuch-Nr.: _____
weitere Zeugen (Namen und Anschriften) _____ _____ 		Verfahren (Verwarnung, Anzeige, Bußgeld) gegen: _____ _____ _____
6. Für alle Schäden		
Zu welchem Preis wurde das Kfz von Ihnen erworben? _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> EUR Verkäufer (Name, Anschrift): _____ _____ _____ 	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt eine Bank-Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt eine sonstige Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im gegebenen Fall ist uns von Ihnen eine Bestätigung des Sicherungsgläubigers vorzulegen, dass er mit der Zahlung an Sie oder Dritte einverstanden ist.	
Ist das beschädigte Kfz durch einen Sachverständigen besichtigt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____ voraussichtliche Schadenhöhe? _____ EUR	Ihr Abrechnungswunsch: <input type="checkbox"/> nach Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> nach Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> nach Gutachten unklar Forderung abgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bank _____ IBAN _____ BIC _____	
7. Zusatzfragen bei Diebstahlschäden: Unbedingt auch Ziffer 4.2 beantworten		
Wann wurde das Fahrzeug abgestellt? Datum: _____ Uhrzeit: _____	Wann wurde der Diebstahl bemerkt? Datum: _____ Uhrzeit: _____	
Genaue Anschrift und Beschreibung (z. B. Parkhaus, Werkstatt, Autobahnrastplatz, Pendlerparkplatz) des Abstellorts: _____ _____		
Was wurde entwendet? (Alter, Kaufpreis bitte angeben und Originalrechnung beifügen) _____ _____		
Fahrzeugschlüssel abgezogen und Lenkrad eingerastet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Türen abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Scheiben, Schiebe-/Faltdach geschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sie haben alle rot markierten Felder bearbeitet?

(Unterschrift des Fahrers)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)