

<h1>SCHADENANZEIGE</h1> <h2>KRAFTFAHRTVERSICHERUNG</h2> <p>Haftpflcht <input type="checkbox"/></p> <p>Vollkasko <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung EUR _____</p> <p>Teilkasko <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Udo Langkau</p> <p>Finanzberatung für Freie Berufe und Gewerbe</p> <p>Kleine-Schulstraße 7 39326 Groß-Ammensleben</p> <p>Telefon: (039202) 52000 Telefax: (039202) 52001</p>
--	--

Versicherungsnehmer:	Versicherer:
1. Eigenes, am Unfall beteiligtes Fahrzeug	VS-Nr.:
int. Aktenzeichen:	Schaden-Nr.:
1. Eigenes, am Unfall beteiligtes Fahrzeug	Kennzeichen:

Wann trat der Schaden ein? Datum: _____ Uhrzeit: _____	Wo trat der Schaden ein? (ggf. unbewachter Parkplatz o.ä., Anschrift)
Art des Kfz: Pkw <input type="checkbox"/> Kombi <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Hänger <input type="checkbox"/> Omnibus <input type="checkbox"/> Hersteller/Typ: _____ Fahrgestell-Nr.: _____	1. Zulassung: _____ Gesamtleistung in km: _____ Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeugs? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vorschäden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vorschäden repariert Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Beschädigungen am eigenen Fahrzeug. Bezeichnung der beschädigten Teile.	
Höhe der Reparaturkosten:	
Zweck der Fahrt (Fahrt zur Arbeit/Dienstfahrt/Privat):	Besteht für das Fahrzeug ein Schutzbrief? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ... eine Verkehrs-Service-Versicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

2. Lenker des vorbezeichneten Kfz zum Unfallzeitpunkt:

Name und Anschrift:	ausgestellt am: _____	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?
	entzogen am _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Alkoholgenuss? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Entscheidet der Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant)?
	Ergebnis der Blutprobe: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum _____	Medikamenten-/Rauschmitteleinnahme?	Besteht Verdacht auf Verkehrsunfallflucht?
Führerschein-Klasse: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

3. Straßenverhältnisse:

Zustand der Fahrbahn: nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/>	Straßenverhältnisse am Unfallort:
Sichtverhältnisse an der Unfallstelle (hell, dunkel o. ä.):	Belag: _____ Breite: _____ m
War die Sicht durch Hindernisse eingeengt?	War Ihr Kfz verkehrstüchtig? (Reifen, Bremsen etc.) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h

4. Andere Unfallbeteiligte

Eigentümer der beschädigten Sache/Kfz:	Kam es zur Berührung mit einem anderen Bezeichnung der beschädigten Teile:
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Waren mehr als zwei Kfz am Unfall beteiligt?
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Kennzeichen des anderen Kfz _____
	Reparaturkosten ca.: EUR _____

5. Wie hat sich das Schadenereignis zugetragen? (ausführliche Schilderung und Skizze, ggf. auf Beiblatt)

Wer hat den Schaden Ihres Erachterns nach verschuldet		Stellen Sie anderweitig Ansprüche? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
		Wenn ja, bei wem? Kfz?	

Bitte nur beantworten, wenn der Schaden durch Ihr Kind verursacht wurde:

8.a) Wer hat Ihr Kind beaufschlagt?
8.b) Wann (Std./Min.) wurde letztmalig vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen?
8.c) Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn verheiratet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

9.a) Falls der Schadenfall durch das Verschulden einer bei Ihnen beschäftigten Person verursacht wurde, Name, Alter und Anschrift dieser Person:	9.b) Bei Ihnen beschäftigt als:
	9.c) Seit: _____

10. Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	ggf. Name und Adresse	ggf. Name und Adresse
--	-----------------------	-----------------------

11. Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ggf. Von welcher Behörde: _____ Aktenzeichen: _____
--	--

12.a) Sind schon Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	12.c) Wann?
12.b) Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer des Anspruchstellers	12.d) In welcher Höhe
	12.e) Mit welcher Begründung? _____

13.a) Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
13.b) Wenn ja, bitte Namen des Versicherers, Höhe der Versicherung und Versicherungsschein-Nr. angeben.

14.a) Welchen Anschaffungswert hat die Sache? _____	14.d) Wann und bei wem ist die Sache gekauft worden?
14.b) Höhe der Wiederherstellungskosten: _____	
14.c) Welchen Eindruck machte die beschädigte Sache? benutzt <input type="checkbox"/> abgenutzt <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/>	14.e) Haben Sie die beschädigte Sache besichtigt/durch jemanden besichtigen lassen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> durch: _____

15.a) Haben Sie schon selber Schadenersatz geleistet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	15.c) In welcher Höhe?
15.b) Wenn ja, an wen?	15.d) Hat der Geschädigte aufgerechnet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

16. Bitte bei Personenschäden beantworten:	Verletzungen:
Name des Verletzten/Toten: _____	
Anschrift: _____	
Beruf: _____ Alter: _____ Familienstand: _____	
Krankenkasse/Berufsgenossenschaft: _____	Wurde der Verletzte ins Krankenhaus gebracht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterer Personenschaden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - ggf. auf gesondertem Beiblatt fortführen -	

17.a) Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	17.b) Er litt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	--

Bei Entschädigung bitte ich um einen Verrechnungsscheck | Überweisung auf das Konto Nr. _____
bei: _____ Bankleitzahl: _____ Kontoinhaber: _____
Wann wurde der Versicherungsschein eingelöst bzw. Der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr (an wen?) bezahlt?
Am: _____ An: _____

Die Regulierung des Schadens ist ausschließlich Sache der Versicherungsgesellschaft. Der Versicherungsnehmer darf sich daher ohne Zustimmung der Gesellschaft nicht in Verhandlungen mit dem Geschädigten einlassen, ihm insbesondere auch nicht den Vordruck zur Ausfüllung überlassen.

Es wird hiermit erklärt, dass die vorstehenden Fragen und die Schadensaufstellung wahrheitsgemäß beantwortet bzw. erstellt wurden. Bewusst falsche Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken.

(Ort)

(Datum)

(Makler)

(Versicherungsnehmer)