

Kfz-Haftpflicht-Schadenanzeige

Schadenmelder

VN anderer, und zwar Schadenbeteiligter Nr. _____ Amtliches Kennzeichen _____
Versicherungs-Nr. _____ Schaden-Nr.: (sofern bekannt) _____ Gesellschaft: _____
Versicherungsnehmer (VN) Vorname _____ Name _____ m w d
Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____
LKZ _____ PLZ _____ Ort _____
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) _____
Telefon geschäftlich privat _____ Fax geschäftlich privat _____
E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Schadendaten

Schadenzeitpunkt Datum _____ Uhrzeit _____ **Augenzeugen** nein ja, siehe Schadenbeteiligte ___/___/___/
Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung Datum _____ Uhrzeit _____
durch VN/Ehefrau Sonstige/r _____ mündlich schriftlich bei: Vermittler _____
Schadenort Straße _____ Haus-Nr. _____
LKZ _____ PLZ _____ Ort _____

Polizeiliche Aufnahme

nein unklar ja, _____ Dienststelle _____ Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. _____

Angaben zu den Schadenbeteiligten

1. Schadenbeteiligter Anspruchsteller / verletzte Person Augenzeuge Fahrer Sonstige/r _____
Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d
Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____
LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) _____
Telefon geschäftlich privat _____ Fax geschäftlich privat _____

2. Schadenbeteiligter Anspruchsteller / verletzte Person Augenzeuge Fahrer Sonstige/r _____
Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d
Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____
LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) _____
Telefon geschäftlich privat _____ Fax geschäftlich privat _____

3. Schadenbeteiligter Anspruchsteller / verletzte Person Augenzeuge Fahrer Sonstige/r _____
Titel _____ Vorname _____ Name _____ m w d
Hausanschrift: Straße _____ Haus-Nr. _____
LKZ _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) _____
Telefon geschäftlich privat _____ Fax geschäftlich privat _____

Weitere Schadenbeteiligte nein Ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

Kfz-Haftpflicht-Schadenanzeige

Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt nein ja **Skizze** nein ja

Schadenart

Sachschaden ohne KFZ nein ja **Sachschaden am KFZ des Anspruchstellers Nr. _____** nein ja
Personenschaden nein ja **Gewinnausfall** nein ja
Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt nein ja

Sachschaden ohne Kfz

Beschädigte Sache _____ **Rechnung** nein folgt liegt bei **Kaufpreis** _____

Sachschaden an fremdem Kfz

Amtliches Kennzeichen _____ Hersteller _____ Fabrikat _____ Typ _____
Fahrzeug-Ident-Nr. _____ Erstzulassung _____ Gesamtleistung in km _____ Stärke _____ kW PS
Unreparierte Vorschäden nein ja, _____ voraussichtl. Schadenhöhe _____
Beschreibung des Schadens Front Heck Seite links Seite rechts Sonstiges _____
(Bei mehreren Beteiligten bitte Zusatzbogen nehmen.)

Kfz-Besichtigung / vermittelte Dienstleister

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter Nr. _____)
Wurde eine Partnerwerkstatt bzw. ein Mietwagenpartner empfohlen nein ja Mietwagenpartner nein ja
 Haussachverständiger u.U. nötig bereits von Agentur beauftragt freier Sachverständiger bereits von Schadenbeteiligtem Nr. _____

Personenschaden

Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter Nr. _____

Beschreibung der Verletzung

Verletzter war Arbeitskollege des VN bzw. des Fahrers des versicherten Fahrzeugs nein ja

Kfz-Haftpflicht-Schadenanzeige

Fragen zu verletzten bzw. getöteten Personen

Helm getragen?	Verletzter / Schadenbeteiligter Nr. ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sicherheitsgurt angelegt?	Verletzter / Schadenbeteiligter Nr. ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Abtransport mit Krankenwagen?	Verletzter / Schadenbeteiligter Nr. ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stationäre Behandlung?	Verletzter / Schadenbeteiligter Nr. ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Längere Bewusstlosigkeit?	Verletzter / Schadenbeteiligter Nr. ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Weitere Angaben zum Fahrer des VN-KFZ

Fahrer des VN-KFZ Versicherungsnehmer (VN) anderer Fahrer (Name und Anschrift Schadenbeteiligter Nr. ____)

Führerschein gültig nein ja

Alkoholeinfluss / Rauschmittel nein ja Wurde eine Blutprobe entnommen nein ja, Ergebnis der BAK % ____ nicht bekannt

Unfallflucht nein ja War der Fahrer berechtigt zu fahren nein ja

Aktueller km-Stand **VN-Fahrzeug** _____ am _____ Baujahr VN-Fahrzeug _____ Tag der Erstzulassung _____

Sonstige Angaben

Konto für die Schadenzahlung

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____ Geldinstitut _____

Belehrung

Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässig, unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt ggf. nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunft- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Erklärung

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherer die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

Ort, Datum

x

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Zum Ausfüllen und Versenden des Formulars per E-Mail müssen Sie das PDF herunterladen und lokal öffnen.