

## Schadenanzeige KFZ

☐ KH

☐ Kaskoschaden (Schaden am eigenen Fahrzeug)

| 1. Versicherer (VR)                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |
| Schaden-Nummer (falls bekannt)                                                                           |                                                                                                                                                                                                           |
| Versicherungsschein-Nummer (falls bekannt)                                                               |                                                                                                                                                                                                           |
| 2. Versicherungsnehmer/-in (VN)                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |
| Versicherungsnehmer                                                                                      | Name:<br>Anschrift:<br>Telefon / Fax:                                                                                                                                                                     |
| Fahrzeugart                                                                                              | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Anhänger<br><input type="checkbox"/> Lieferwagen <input type="checkbox"/> Wohnmobil <input type="checkbox"/> Wohnwagen |
| Hersteller<br>Typ / Modell<br>Baujahr<br>Amtliches Kennzeichen<br>Km-Stand am Schadentag                 |                                                                                                                                                                                                           |
| Verwendung des Fahrzeugs zum Zeitpunkt des Schadens                                                      | <input type="checkbox"/> privat<br><input type="checkbox"/> gewerblich, (welchem Zweck diene die Fahrt):                                                                                                  |
| Bankverbindung                                                                                           | IBAN:<br>BIC:<br>Name:                                                                                                                                                                                    |
| 3. Unfallbeteiligter = Anspruchsteller (Fremdschaden)                                                    |                                                                                                                                                                                                           |
| Geschädigter                                                                                             | Name:<br>Anschrift:<br>Telefon / Fax:                                                                                                                                                                     |
| Fahrzeug                                                                                                 | Art(PKW,LKW,Hänger etc.):<br>Marke / Typ:<br>Baujahr:<br>amtl. Kennzeichen:                                                                                                                               |
| Welche sichtbaren Schäden haben Sie am fremden Fahrzeug festgestellt?                                    |                                                                                                                                                                                                           |
| Haben Sie Vorschäden am fremden Fahrzeug festgestellt?                                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?                                                                                                                                        |
| Wurden sonstige fremde Sachen beschädigt?                                                                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?                                                                                                                                        |
| Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?                                                                  | Name, Anschrift:<br>Telefon / Fax:                                                                                                                                                                        |
| 4. Bei Körperverletzung oder Tötung                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
| Betroffene Person                                                                                        | Name:<br>Anschrift:                                                                                                                                                                                       |
| Ist die verletzte/getötete Person mit Ihnen verwandt? In welchem Verhältnis stehen Sie zu Ihr?           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,                                                                                                                                                |
| Falls Insasse eines Pkw: War Sie angeschnallt?                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                              |
| Falls Fahrer/Beifahrer eines Motorads: Trug Sie einen Helm?                                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                              |
| Welche Verletzungen liegen vor?                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |
| Wo befindet sich die verletzte Person?                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
| Name des behandelnden Arztes:<br>Anschrift des behandelnden Arztes:<br>bzw.<br>Anschrift Krankenhauses : |                                                                                                                                                                                                           |

### 5. Nur bei einem Kaskoschaden ausfüllen

|                                                                                     |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sind Sie Unternehmer?                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |
| Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |
| Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?                                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |
| Beruf/Gewerbe                                                                       |                                                                    |
| Welche sichtbaren Schäden haben Sie an Ihrem Fahrzeug festgestellt?                 |                                                                    |
| Hatte Ihr Fahrzeug zum Zeitpunkt des Schadens unreparierte Vorschäden?              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Wo können wir Ihr Fahrzeug ggf. besichtigen?                                        | Telefon _____ Telefax _____                                        |
| Machen Sie Ansprüche beim Unfallgegner bzw. dessen Haftpflichtversicherung geltend? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |

### 6. Allgemeine Angaben

|                                          |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zeuge(n)                                 | Name:<br>Anschrift:                                                                                                                   |
| Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>wenn ja, Aktenzeichen:<br><br>und ggf. den Polizeibereich bitte beifügen |
| Wurde jemand gebührenpflichtig verwahrt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer                                                                        |

### 7. Unfallbericht

|                                                                                   |                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wann hat sich der Schaden ereignet?                                               | Datum und Uhrzeit:                                                                                                                                      |
| Wo? (genaue Orts- und Straßenangabe)                                              |                                                                                                                                                         |
| Welche Geschwindigkeit hatte Ihr Fahrzeuges?                                      | _____ km/h                                                                                                                                              |
| Sichtverhältnisse                                                                 | <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dämmrig <input type="checkbox"/> dunkel<br><input type="checkbox"/> nebelig (Sichtweite _____ m) |
| Wie waren die Witterungsverhältnisse?                                             |                                                                                                                                                         |
| Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt? Sie selbst?                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>wenn nein, Name und Anschrift des Fahrers                                                  |
| Geburtsdatum des Fahrers                                                          |                                                                                                                                                         |
| In welcher Beziehung steht der Fahrer zu Ihnen? (Verwandschaft, Mitarbeiter etc.) |                                                                                                                                                         |
| Angaben zum Führerschein                                                          | Klasse _____ Führerschein-Nummer _____<br>Ausstellungsdatum _____<br><br>Ausstellende Behörde _____                                                     |
| Hat der Fahrer in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was und wie viel?                                                                            |
| Liegt Fahrerflucht vor?                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                               |
| Wer hat den Unfall verschuldet? (Bitte mit Begründung)                            |                                                                                                                                                         |

**Unfallschilderung:**

**Unfallskizze:**

Hinweis:

Es besteht für den Versicherungsnehmer die Pflicht, alle Fragen auf diesen Vordruck nach bestem Wissen und vollständig zu beantworten. Unwahre und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes auch dann führen, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift