

## Schadenanzeige für Kraftfahrtschäden

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir werden uns um eine zügige Bearbeitung dieses Schadens durch den Versicherer bemühen.  
Sie helfen uns dabei, wenn Sie dieses Formular möglichst vollständig ausfüllen!

### Allgemeine Versicherungs- und Schadendaten

Unfalldatum * und Uhrzeit *	<input type="text"/>
Amtliches Kennzeichen *	<input type="text"/>
Schadenummer	<input type="text"/>
Art des Schadens *	<input type="checkbox"/> Haftpflicht (Fremdschaden) <input type="checkbox"/> Kasko (eigener Schaden)
Unfallort *	<input type="text"/>
Anlass der Fahrt	<input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> außerorts <input type="checkbox"/> Autobahn <input type="checkbox"/> dienstlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> unbekannt

### Versicherungsnehmer

Name *	<input type="text"/>
Anschrift *	<input type="text"/>
Rufnummer *	<input type="text"/>
<b>Fahrer</b>	
Vorname *, Name *	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Rufnummer	<input type="text"/>
Ist der Fahrer im Besitz eines gültigen Führerscheins? *	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
Führerscheinklassen	<input type="text"/>
Ausstellungsdatum	<input type="text"/>

Fuhr der Fahrer mit dem Einverständnis des  NEIN  
Versicherungsnehmers? \*  JA

### Kraftfahrzeug

Amtliches Kennzeichen

Hersteller / Typ \*

Baujahr

Kilometerstand

Beschädigung \*

Ist das Kraftfahrzeug fahrbereit?  NEIN  
 JA

Wie hoch schätzen Sie den Schaden ein?  
(Unverbindliche Angabe in EUR)

Kann das Kraftfahrzeug besichtigt  
werden? \*  NEIN  
 JA

Ort

Rufnummer

Fax

Amtl. Kennzeichen Anhänger/Auflieger

### Unfallgegner

Name

Anschrift

Rufnummer

### Fahrer

Vorname, Name

Anschrift

Rufnummer

Wurde jemand verletzt?  NEIN  
 JA

Name und Anschrift des / der Verletzten?  
Art der Verletzungen?

## Kraftfahrzeug

Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>
Amtl. Kennzeichen Anhänger/Auflieger	<input type="text"/>
Hersteller / Typ	<input type="text"/>
Baujahr	<input type="text"/>
Kilometerstand	<input type="text"/>
Beschädigung	<input type="text"/>
Ist das Kraftfahrzeug fahrbereit?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
Wie hoch schätzen Sie den Schaden ein? (Unverbindliche Angabe in EUR)	<input type="text"/>
Kann das Kraftfahrzeug besichtigt werden?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
Ort	<input type="text"/>
Rufnummer	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>

## Polizeiliche Aufnahme

Gab es eine polizeiliche Aufnahme? *	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
Bezeichnung der Dienststelle	<input type="text"/>
Zeugen	<input type="text"/>
Wurde dem Fahrer eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
Aktenzeichen	<input type="text"/>

## Unfallhergang

Unfallart

- Auffahrunfall
- Vorfahrtsverletzung
- Fahrspurwechsel
- Parkschaden
- Glasschaden
- Sturm- / Hagelschaden
- Wildschaden
- Brandschaden
- Einbruchschaden / Teilediebstahl
- Totaldiebstahl
- Sonstiger Elementarschaden
- Sonstiger Haftpflicht- / Kasko-Schaden

Wer ist Ihrer Meinung nach für den Unfall verantwortlich?

- Versicherungsnehmer / Fahrer
- Unfallgegner
- beide

Unfallschilderung

---

---

---

---

Folgende Unfallskizze liegt bei

---

## Angaben für die Kaskoversicherung / Eigenes Kraftfahrzeug

Wird das Kraftfahrzeug repariert?

- NEIN
- JA

Ist das Kraftfahrzeug geleast?

- NEIN
- JA, bei

---

Hatte das Kraftfahrzeug Vorschäden?

- NEIN
- JA

Wurde der Vorschaden repariert?

- NEIN
- JA

## Versicherungsnehmer Bankverbindung

Bankverbindung für die Schadenzahlung

---

---

---

---

## Versicherungsnehmer Vorsteuerabzug

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

- NEIN
- JA

% 

---

- Wird nachgereicht

### Anspruchsteller Bankverbindung / Vorsteuerabzug

Bank \_\_\_\_\_

BLZ oder SWIFT-BIC \_\_\_\_\_

Kontonummer oder IBAN \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  NEIN  
 JA  
% \_\_\_\_\_

### Sonstige Angaben des Anspruchstellers

Versichert bei \_\_\_\_\_

Vollkasko  NEIN  
 JA

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: Fahrer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.