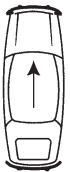
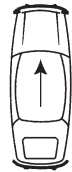

Bitte Versicherungsschein-/Schadenummer angeben:

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



2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt	
Name, Vorname: _____ Anschrift: _____ 	Geb.-Dat.: _____
Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Klasse: _____ Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheidet d. Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Alkoholgenuß? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ % Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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

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? _____ 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 Reparaturkosten? _____ EUR Wird das Kfz repariert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung: Institut: _____ Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

7. Zusatzfragen bei Diebstahlschäden: Unbedingt auch Ziffer 4.2 beantworten	
Wann wurde das Fahrzeug abgestellt? Datum: _____ Uhrzeit: _____	Wann wurde der Diebstahl bemerkt? Datum: _____ Uhrzeit: _____
Genauere 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
Scheiben, Schiebe-/Faltdach geschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Unterschrift Fahrer)

(Ort / Datum)

(Unterschrift Versicherungsnehmer)