



## Schadenanzeige – Kraftfahrtversicherung; Haftpflicht

### ① Schadenmelder

Versicherungsnehmer  anderer, und zwar \_\_\_\_\_ Schadenbeteiligter

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Schadennummer (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Länderkennzeichen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_  privat  geschäftlich

VD/Agentur-Nr. \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

### ② Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt (Datum) \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum) \_\_\_\_\_  mündlich  schriftlich

Schadenort (Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen \_\_\_\_\_ PLZ, Schadenort \_\_\_\_\_

### ③ Polizeiliche Aufnahmen

nein  ja, am: Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_ Aktenzeichen/Tagebuch-Nr. \_\_\_\_\_

### ④ Angaben zu den Schadenbeteiligten: 1.Schadenbeteiligter

Anspruchsteller/verletzte Person  Augenzeuge  Fahrer  Sonstige

Anrede, Vorname, Name \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### ⑤ Angaben zu den Schadenbeteiligten: 2.Schadenbeteiligter

Anspruchsteller/verletzte Person  Augenzeuge  Fahrer  Sonstige

Anrede, Vorname, Name \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Postanschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

## 6 Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß

Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen.  gesondertes Blatt  Skizze

---

---

---

---

---

---

## 7 Schadenart

Sachschaden ohne KFZ  nein  ja      Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt?  
Sachschaden am KFZ des Anspruchstellers zu Ziffer \_\_\_\_  nein  ja       nein  unklar  ja  
Personenschaden  nein  ja  unklar  
Gewinnausfall  nein  ja

## 8 Sachschaden ohne KFZ

Beschädigte Sache \_\_\_\_\_ Rechnung  nein  folgt  liegt bei  
Kaufpreis \_\_\_\_\_ EUR

## 9 Sachschaden an fremden KFZ (Bei mehreren Beteiligten bitte Zusatzbogen nehmen)

Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Fahrzeug-Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Hersteller \_\_\_\_\_  
Fabrikat \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_ Erstzulassung \_\_\_\_\_  
Gesamtlauflistung km \_\_\_\_\_ Stärke  kW  PS  
Unreparierte Vorschäden \_\_\_\_\_  ja  nein  
Voraussichtliche Schadenhöhe \_\_\_\_\_ EUR  
Beschreibung des Schadens  Front  Heck  Seite links  Seite rechts  Sonstiges

## 10 KFZ-Besichtigung/vermittelte Dienstleister

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Name und Anschrift siehe \_\_\_\_\_.Schadenbeteiligter)  
Wurde eine Partnerwerkstatt bzw. ein Mietwagenpartner empfohlen  ja  nein  
 Mietwagenpartner  ja  nein  
 Haussachverständiger  unter Umständen nötig  bereits von Agentur beauftragt  
 freier Sachverständiger bereits beauftragt von \_\_\_\_\_. Schadenbeteiligten

## 11 Personenschaden

Name und Anschrift siehe \_\_\_\_\_. Schadenbeteiligter. Beschreibung der Verletzung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verletzter war Arbeitskollege des Versicherungsnehmer bzw. des Fahrers des versicherten Fahrzeuges  ja  nein

Fragen bei verletzten bzw. getöteten Personen:

Helm getragen?	Verletzter (Schadenbeteiligter) zu Ziffer _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sicherheitsgurt angelegt?	Verletzter (Schadenbeteiligter) zu Ziffer _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Abtransport mit Krankenwagen?	Verletzter (Schadenbeteiligter) zu Ziffer _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Stationäre Behandlung?	Verletzter (Schadenbeteiligter) zu Ziffer _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar
Längere Bewusstlosigkeit?	Verletzter (Schadenbeteiligter) zu Ziffer _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

### 12 Weitere Angaben zum Fahrer des Versicherungsnehmer-KFZ

Fahrer des KFZ \_\_\_\_\_  Versicherungsnehmer  anderer Fahrer (\_\_\_\_. Schadenbeteiligter)

Führerschein gültig  nein  ja

Alkoholeinfluss/Rauschmittel  nein  ja

Unfallflucht  nein  ja

Wurde eine Blutprobe entnommen  nein  ja, Ergebnis der BAK \_\_\_\_\_‰  nicht bekannt

War der Fahrer berechtigt zu fahren  nein  ja

warum nicht: \_\_\_\_\_

### 13 Weitere Angaben zum Versicherungsnehmer-KFZ

aktueller km-Stand Versicherungsnehmer-Fahrzeug \_\_\_\_\_ km am \_\_\_\_\_

Baujahr des Versicherungsnehmer Fahrzeug \_\_\_\_\_

Tag der Erstzulassung \_\_\_\_\_

### 14 Sonstige Angaben \_\_\_\_\_

### 15 Konto für die Schadenzahlung

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls abweichend) \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers