

## Kraftfahrt-Haftpflicht-Schadenanzeige

Schaden-Nr.

### Unsere Fragen

### Ihre Antworten

1. Wann ereignete sich der Schadenfall?

Tag  Uhrzeit

2. Wo ereignete sich der Schadenfall?

Ort  Straßenstelle  Kilometerstein

3. Wer lenkte zur Zeit des Unfalls das Fahrzeug?

Vor- und Zuname  Geburtsdatum   
 Genaue Anschrift   
 Beruf  Verwandtschaftsverhältnis

4. Wurde das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Halters benutzt?

ja  nein  Alter des Lenkers

5. War der (die) Lenker(in) im Besitz der gültigen Fahrerlaubnis?

ja  nein  Aushändigungstag  Ausstellende Behörde

Wußten Sie, dass der Fahrer keinen gültigen Führerschein hat?

ja  nein  Hat der Führerschein zur Kontrolle vorgelegen?  ja  nein

6. a) Wurde dem Lenker aus Anlass dieses Verkehrsunfalles der Führerschein entzogen?

ja  nein  Grund

b) Wurde vor dem Unfall Alkohol genossen?

vom Fahrer  ja  nein vom Mitfahrer  ja  nein

c) Wem wurde eine Blutprobe entnommen?

Promillewert

d) War Ihnen bekannt, dass der Fahrer Alkohol genossen hat?

ja  nein

7. a) Nähere Bezeichnung Ihres Kraftfahrzeuges:

Art des Fahrzeugs  Hersteller  Typ

Hubraum ccm  PS  Baujahr  Amtliches Kennzeichen

Fahrzeug-Identifizierungs-Nr. (Fahrgestell-Nr.)

War Ihr Fahrzeug verkehrssicher?

ja  nein  km-Stand

Das versicherte Fahrzeug wurde zur Zeit des Schadenereignisses verwendet

zur Eigenverwendung ohne Vermietung (Privat- oder Geschäftsfahrt)  
 als Mietwagen  als Selbstfahrermietwagen  
 als Droschke (Taxi)  im Werkverkehr  im Automobilsport  
 im Güternahverkehr  im Güterfernverkehr  
 zur Treibstoff- bzw. Heizölbeförderung  
 zur Beförderung von Kernbrennstoffen, radioaktivem, spaltbarem Material

b) War Ihr Fahrzeug mit Haltegurten ausgerüstet?

vorn  hinten

Waren die Gurte angelegt?

Fahrer  Beifahrer  Rückbank

Bei Zweirädern:  
Trug der Soziusfahrer einen Schutzhelm?

ja  nein

c) Zustand der Reifen (Profiltiefe angeben)?

vorne links mm  vorne rechts mm  hinten links mm  hinten rechts mm  Reserverad mm



13. a) Wer trägt nach Ihrer Auffassung die Schuld an dem Ereignis?


b) Womit begründen Sie Ihre Ansicht?


c) Von wem wurde ein Schuldanerkenntnis abgegeben?


d) Welche Personen sind Zeugen des Ereignisses gewesen?

Name
Genauere Anschrift
Telefon

14. Angaben zum Unfallpartner, bzw. Anspruchsteller

Vor- und Zuname, Firma	
Stand oder Beruf	
Alter	Familienstand
Genauere Anschrift	
Telefon	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist der Anspruchsteller mit dem Versicherungsnehmer oder Fahrer verwandt oder bekannt?

### 15. Sachschaden

a) Fabrikat und amtliches Kennzeichen des fremden Fahrzeugs

Fabrikat		Amtliches Kennzeichen	
----------	--	-----------------------	--

b) Mit welcher Geschwindigkeit fuhr das fremde Fahrzeug zur Zeit des Unfalls?

	km/h
--	------

c) Welche Beschädigung ist an dem fremden Fahrzeug entstanden?

--

d) Welche Sachen wurden noch beschädigt?

--

e) Bei welcher Haftpflichtversicherung und unter welcher Versicherungsschein-Nr. ist das fremde Fahrzeug versichert?

Versicherungsname	
Versicherungsschein-Nr.	

f) Welche Schäden entstanden am eigenen Fahrzeug?


## 16. Personenschaden

<b>1. Verletzter</b>	
<b>16.1</b> Vor- und Zuname	<b>16.2</b> Geburtsdatum
<b>16.3</b> Genaue Anschrift	
<b>16.4</b> Beruf	<b>16.5</b> Familienstand (ledig, verh., verw., gesch.)
<b>16.6</b> Anschrift des Arbeitgebers	
<b>16.7</b> Verletzungen	
<b>16.8</b> Sicherheitsgurte waren angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil <input type="text"/>
<b>16.9</b> Schutzhelm aufgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil <input type="text"/>
<b>16.10</b> Der/Die Verletzte war:	z. B.: Fußgänger, Radfahrer, Insasse)
<b>16.11</b> Er/Sie ist Angehörige(r) des Unternehmens, in dem ich arbeite	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>16.12</b> Er/Sie half/hilft bei folgender Arbeit mit:	<input type="text"/>
<b>16.13</b> Der Unfall wurde folgender Berufsgenossenschaft gemeldet:	<input type="text"/>
<b>16.14</b> Er/Sie wohnt mit mir in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>16.15</b> Bei Insassen: In welchem Pkw saßen diese? Wo genau saßen diese?	<input type="checkbox"/> eigenes <input type="checkbox"/> fremdes <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> hinten links <input type="checkbox"/> hinten Mitte <input type="checkbox"/> hinten rechts

Bei weiteren Verletzten die gleichen Angaben auf gesondertem Blatt!

<b>17.</b> Haben Sie einen Anwalt mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Anschrift, Telefon, Telefax
<b>18.</b> Wurden Ansprüche bei der gegnerischen Versicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie schon Zahlungen erhalten?

Leisten Sie keine Zahlung ohne unsere Genehmigung! Übersenden Sie uns alle den Schaden betreffenden Unterlagen!

### Besonders zu beachten!

Ich bestätige den Erhalt der gesonderten wichtigen Informationen gemäß § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen der Verletzung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Falschangaben (unwahre oder unvollständige Angaben) führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn Sie vorsätzlich falsche Angaben machen und/oder dem Versicherer dadurch ein Nachteil entsteht. Für den Fall, dass dem Versicherer durch Ihre grob fahrlässigen Falschangaben ein Nachteil entsteht, kann der Versicherer seine Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.

Ort, Datum	
Unterschrift des Fahrzeuglenkers	Unterschrift des Versicherungsnehmers