

Herrn/Frau/Firma

Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Schadenanzeige

Schadensnummer	
Versicherungsscheinnummer	
Wichtig meine Telefonnummer	
Telefon Mobil	
Telefon Privat	E-Mail

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt sowie unterschrieben zurückzusenden.

Unsere Fragen		Ihre Antworten		
Versicherungsnehmer/-in	Name, Vorname			
	amtliches Kennzeichen			
Fahrer/-in	Name, Vorname			
	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Wohnort			
	Geburtsdatum			
	Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klasse <input type="text"/>	
	Erfolgte die Fahrt mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wurden Alkohol/berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> nein		
Schadentag und -ort	Schadentag/Uhrzeit			
	Schadenort			
		<input type="checkbox"/> außerhalb <input type="checkbox"/> innerhalb geschlossener Ortschaften		
Polizeiliche Aufnahme	Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja AZ: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, bitte Polizeidienststelle (Ort, Ortsteil) angeben			
	Verwarnung, Bußgeld gegen	<input type="checkbox"/> vers. Fahrer/-in	<input type="checkbox"/> Gegner/-in	

Schadenhergang	
-----------------------	--

Unsere Fragen	Ihre Antworten
---------------	----------------

Zeugen	Name, Vorname, Anschrift, Telefon	

Unfallgegner/-in	Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Mobil und E-Mail-Adresse	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
	War Ihnen der/die Unfallgegner/-in vor dem Unfall bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fremdfahrzeug	Hersteller und Typ amtliches Kennzeichen	

Fahrzeugschaden	Kennzeichnen Sie die Schadenstelle am Fahrzeug	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Fremd</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Eigen</p>  </div> </div>
	Schadenumfang	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark

Sonstiger Sachschaden	Was wurde in welchem Umfang beschädigt?	

Personenschaden	Name, Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort Alter/Familienstand Art der Verletzung Wo befand sich der/die Verletzte? Hatte die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt – einen Sicherheitsgurt angelegt? – einen Sturzhelm getragen?	1. Person	2. Person
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstiges	Machen Sie gegen einen Unfallbeteiligten selbst Forderungen geltend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------	--	---

Sollte Ihnen ein Mahnbescheid oder eine Klageschrift zugestellt werden, rufen Sie uns bitte unverzüglich an. Schriftwechsel von der Gegenseite leiten Sie bitte an uns weiter. Geben Sie keine Erklärungen zur Schuldfrage ab!

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass eine vorsätzliche Verletzung Ihrer Obliegenheiten (insbes. Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten) zur Leistungsfreiheit führen kann.
Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Obliegenheiten sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der begangenen Obliegenheitsverletzung entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/-in/des/der Fahrers/-in