

## Merkblatt zum Schadenfall in der Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung

### Wichtig! Bitte Lesen!

Als Kfz-Haftpflichtversicherer sind wir verpflichtet, berechnete Ansprüche von Geschädigten aus einem Unfall mit einem hier versicherten Fahrzeug zu entschädigen. Die Berechnung der an uns herangetragenen Ansprüche ist von uns selbständig und eigenverantwortlich zu prüfen. Dies können wir nur mit Ihrer Hilfe. Wir bitten Sie deshalb, folgendes zu beachten:

1. Sämtliche Schriftwechsel bitten wir unter Angabe der Schadennummer an uns weiterzuleiten.
2. Soweit Sie uns den Schaden bereits auf der gelben Kasko-Schadenanzeige gemeldet haben, bitten wir um Ergänzung der Vorderseite, soweit diese lückenhaft ausgefüllt wurde, und die Rückseite dieser Kraftfahrthaftpflicht-Schadenanzeige vollständig auszufüllen.
3. Bitte schildern Sie uns den Schadenhergang auch dann, wenn Sie meinen, den Unfall nicht verursacht zu haben. Wir benötigen Ihre Angaben zur Abwehr unberechtigter Ansprüche.
4. Werden wir von einem Geschädigten zur Schadenregulierung aufgefordert, erfolgt eine Rückstufung Ihres Vertrages.

Sobald sich herausstellt, daß wir die Ansprüche erfolgreich abwehren konnten, wird die Rückstufung rückwirkend aufgehoben und Sie erhalten eine neue korrigierte Beitragsrechnung.

5. Falls Ihnen und/oder dem Fahrer ein Mahnbescheid, eine Klage oder ein Prozeßkostenhilfegesuch zugeht, müssen Sie uns umgehend verständigen. Gegen einen Mahnbescheid müssen Sie außerdem sofort Widerspruch erheben; eine Begründung ist nicht erforderlich. Benutzen Sie hierzu den vom Gericht beigefügten Vordruck, dann entstehen Ihnen keine Gerichtskosten.

# Schadenmeldung zum Ausdrucken und Ausfüllen!

## Anschließend Versenden oder Faxen an +49 (0) 3362 299 29 29

<b>Versicherungsschein-/Schadennummer:</b>	<b>Schadenmeldung für:</b> <input type="checkbox"/> Kraftfahrthaftpflicht <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief <input type="checkbox"/> Insassenunfall <input type="checkbox"/> Fahrer-Unfallversicherung
<b>Schadentag/Uhrzeit:</b>	Schadenort:
<b>Versicherungsnehmer</b>	<b>versichertes Fahrzeug:</b>
Name:	<b>Fahrzeugkennzeichen:</b>
Straße:	Hersteller/Typ:
PLZ/Ort:	Schäden am eigenen Fahrzeug:
geb. am:	
Beruf:	Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR
Telefon: Fax:	reparierte Vorschäden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:
E-Mail:	Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Telefon-Nr.):
Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gehört das Fahrzeug z. Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gesamtlauflistung in KM:
Steht Ihr Fahrzeug nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Liegt eine Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Unfallhergang</b>	
<input type="checkbox"/> Auffahrunfall <input type="checkbox"/> Vorfahrtsverletzung <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel <input type="checkbox"/> gegen geparktes Fahrzeug gefahren <input type="checkbox"/> Fahrzeug (-teile) entwendet <input type="checkbox"/> Brandschaden <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Panne	
Sonstiger Unfallhergang:	
Hat der Gegner den Unfall verursacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Wurde jemand verletzt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Art der Verletzung:
Straße:	
PLZ/Ort:	War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Fahrer des VHV versicherten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt:</b> <input type="checkbox"/> <b>Versicherungsnehmer</b>	
Name:	gültige Fahrerlaubnis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Straße:	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort:	Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, %
geb. am:	Wird wegen Unfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Polizeidienststelle:	Aktenzeichen der Polizei:
<b>Gibt es Zeugen (auch Beifahrer) die das Unfallgeschehen beobachtet haben?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
<b>Stellt jemand Schadenersatzansprüche an Sie?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Was wurde beschädigt?
Straße:	<input type="checkbox"/> Fahrzeug <input type="checkbox"/> sonstiger Sachschaden
PLZ/Ort:	Fahrzeugkennzeichen:
geb. am:	Hersteller/Typ:
Beruf:	Art der Beschädigung:
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR
<b>Waren noch weitere Personen/Fahrzeuge am Unfall beteiligt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Namen/Anschriften/ggf. Kennzeichen:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <span style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">X</span> Datum, Unterschrift:         </div>	

Ich bin damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte der Versicherung Gutachten und Auskünfte erteilen.  
Rein vorsorglich weisen wir darauf hin, daß wir die erbetenen Daten nur zur Schadenbearbeitung verwenden und lediglich Namen, Anschriften und evtl. vorhandene

Bitte Versicherungsschein-/Schadenummer angeben:

Bitte beachten !  
Damit dieser Vordruck zugeordnet werden kann, bitten wir Sie, ggf. die Schadenummer anzugeben.

## Fragebogen für den Anspruchsteller

<b>1. Anspruchsteller</b>	
Name: _____ Anschrift: _____  _ _ _ _ _	Geb.-Datum: _____ Telefon tagsüber: _____ Fax: _____
Konto-Nr.: _____ Institut: _____	BLZ: _____
Ausgeübter Beruf: _____ selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorsteuerabzugsberechtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Ihr Abrechnungswunsch:</b> <input type="checkbox"/> nach Gutachten <input type="checkbox"/> nach Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> nach Reparaturrechnung Forderung abgetreten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>2. unser Versicherter</b>	
Name: _____ Anschrift: _____  _ _ _ _ _	
Fahrzeugart: _____ _____	Hersteller/Typ: _____ amtl. Kennz.: _____
Name des Fahrers: _____ Anschrift: _____  _ _ _ _ _	
<b>3. Angaben zum Unfallgeschehen</b>	
Unfallort/Straße: _____	Unfalltag: _____ Zeit: _____
Genauere Unfallschilderung mit Skizze: _____ _____ _____	
<b>(Bei Unfällen bitte eine Skizze anfertigen):</b>	<b>Beispiel:</b> _____ _____ 
Andere am Unfall beteiligte Verkehrsteilnehmer (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeuges): _____ _____	
Name und Anschrift der Unfallzeugen: _____ _____	
Unfallaufnehmende Polizeidienststelle (bitte vollständige Anschrift angeben): _____ _____ Aktenzeichen: _____	

#### 4. bei Sachschäden

Beschädigt wurde: \_\_\_\_\_

Eigentümer der beschädigten Sache: \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Beschädigung: \_\_\_\_\_

Anschaffungspreis und -datum der beschädigten Sache: DM/EUR: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: DM/EUR: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Reparaturdauer: \_\_\_\_\_

Hat ein Sachverständiger den Schaden begutachtet?  ja  nein

Name u. Anschrift des Sachverständigen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls keine Besichtigung stattfand, bitten wir um einen kurzen Anruf, damit wir ggf. einen Sachverständigen beauftragen können.

Frühere Schäden, Anzahl, Umfang: \_\_\_\_\_

#### 5. Zusätzliche Angaben bei beschädigtem Kfz

Name und Anschrift des Fahrers: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | | | | | |

Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Herst.: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

amtl. Kennz.: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_ km-Stand: \_\_\_\_\_ KW-Zahl: \_\_\_\_\_

Hubraum: \_\_\_\_\_ Anzahl der Vorbesitzer (eingetragen im Kfz-Brief): \_\_\_\_\_

Wo war Ihr Fahrzeug haftpflichtversichert? \_\_\_\_\_

Wo war Ihr Fahrzeug vollkaskoversichert? \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ DM/EUR

#### 6. bei Personenschäden

Name/Anschrift: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl/Alter der Kinder: \_\_\_\_\_ mtl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ DM/EUR

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Unfallunabhängiger Rentenbezug?  ja  nein von monatlich DM/EUR: \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Ambulanz-Ärzte: \_\_\_\_\_

Hauskrank geschrieben  ja  nein vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Verletzten \_\_\_\_\_

Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Wege von oder zur Arbeit?  ja  nein

zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

gesetzliche Rentenversicherung:  ja  nein Rentenanstalt \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, daß die behandelnden Ärzte der Versicherung Gutachten und Auskünfte erteilen.  
Rein vorsorglich weisen wir darauf hin, daß wir die erbetenen Daten nur zur Schadenbearbeitung verwenden und lediglich Namen, Anschriften und evtl. vorhandene Aktenzeichen zur Korrespondenzführung sowie die Kontonummer zu Regulierung speichern (§ 2 Abs. 2 Ziff. 1 BDatenschutzG).  
Vollständige Angaben ersparen Rückfragen und beschleunigen die Schadenbearbeitung. Bitte fügen Sie deshalb Rechnungen und sonstige Belege bei.

X

Ort/Datum

X

Unterschrift des Anspruchstellers

X

Unterschrift der/des Verletzten

Hinweis:

Bitte deutlich, ausführlich, vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen.  
Striche gelten als Verneinung. Bei Beträgen EUR streichen.