

## SCHADENANZEIGE KFZ (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

<b>Versicherungsnehmer:</b>  	<b>Schaden:</b> <input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflicht <input type="checkbox"/> Kfz-Vollkasko <input type="checkbox"/> Kfz-Teilkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief  <b>Schaden-Nr.</b>
<b>Empfänger:</b> Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG Radeberger Straße 24 DE 01099 Dresden	<b>per FAX an: 03 51 / 832 88 15</b>

VERSICHERUNGSNEHMER	VSNR.
Name:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
<b>RISIKOBESCHREIBUNG</b>	<input type="checkbox"/> Schaden-Erstmeldung <b>Schadenhöhe:</b> €
<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst	Schadentag:      Uhrzeit:
<input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim	Der Schaden wurde am:      festgestellt.
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	Der Schaden wurde am:      gemeldet.
<input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per Fax <input type="checkbox"/> per E-Mail
<b>SCHADENORT</b>	
Straße, PLZ, Ort, km-Stein / ggf. Ausland	
	<input type="checkbox"/> Innerorts <input type="checkbox"/> Betriebsgelände <input type="checkbox"/> Parkplatz / Parkhaus <input type="checkbox"/> Autobahn <input type="checkbox"/> Landstraße <input type="checkbox"/> Baustelle <input type="checkbox"/> Sonstiges
Straßenverhältnisse:	<input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> schmierig
Straßenverlauf:	<input type="checkbox"/> gerade <input type="checkbox"/> Kurve <input type="checkbox"/> Kreuzung <input type="checkbox"/> Steigung <input type="checkbox"/> Gefälle
Witterungsverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Tageslicht <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Dunkelheit <input type="checkbox"/> sonnig <input type="checkbox"/> bewölkt <input type="checkbox"/> Nebel <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Hagel
<b>FAHRER</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Führerscheinklasse:	
Ausstellungsdatum:	

Standen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder anderen berauschenden Mitteln?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wurde eine Probe entnommen? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja Promille: %o
Beschäftigungsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Hauptberuflich <input type="checkbox"/> Nebenberuflich <input type="checkbox"/> Ehrenamtlich <input type="checkbox"/> Zivildienst <input type="checkbox"/> Honorarkraft <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Sonstiges
Tätig als (Berufsbezeichnung):	
Betriebseintritt (Jahr):	
<b>EIGENES FAHRZEUG</b>	
Amtliches Kfz-Kennzeichen	
Gesamt-KM-Leistung	
Fabrikat und Typ des Fahrzeuges:	/ HSN: TSN:
Datum der Erstzulassung:	
Standort:	
Einsatzart des Kfz:	<input type="checkbox"/> Freizeitmaßnahmen / Veranstaltung <input type="checkbox"/> Behindertentransport <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Ambulante Alten- und Krankenpflege <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Befand sich das Fahrzeug im verkehrssicheren Zustand?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, Defekt an:	<input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Bremsen <input type="checkbox"/> Bereifung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Handelt es sich bei dem Kfz um ein Leasing-Fahrzeug? (ggf. Freigabeerklärung des Leasinggebers beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>EIGENER SCHADEN</b>	<input type="checkbox"/> vorn <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> seitlich <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Schäden am eigenen Kfz (Art und Höhe)	/ EUR
Besichtigungsmöglichkeit (Name, Anschrift, Telefon):	
Besteht für das Kfz die Möglichkeit zum Vorsteuerabzug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eigene Ansprüche bei der Gegenseite angemeldet oder beabsichtigen Sie dieses zu tun?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schadenhergang (ggf. Skizze und zweites Blatt hinzufügen)</b>	
Wen trifft Ihrer Meinung nach das Verschulden?	<input type="checkbox"/> eigener Fahrer <input type="checkbox"/> Unfallgegner <input type="checkbox"/> beide Beteiligte <input type="checkbox"/> Dritte <input type="checkbox"/> höhere Gewalt
Wie hätten die Beteiligten den Unfall vermeiden können?	<input type="checkbox"/> ausreichend Schlaf / Fitness vor Fahrtantritt <input type="checkbox"/> kein Alkohol / Restalkohol <input type="checkbox"/> Vermeidung von Stress / Zeitdruck <input type="checkbox"/> vor Fahrtantritt über Strecke informieren <input type="checkbox"/> vor Fahrtantritt über Fahrzeugmaße informieren <input type="checkbox"/> immer ausreichend Sicherheitsabstand <input type="checkbox"/> Geschwindigkeitsbeschränkungen einhalten <input type="checkbox"/> ggf. mit Einweiser rangieren <input type="checkbox"/> ausreichend Seitenabstand beim Vorbeifahren an parkenden Kfz <input type="checkbox"/> Fahrweise an Witterungsbedingungen anpassen (Schnee / Eis) <input type="checkbox"/>

FREMDSCHADEN	
<b>Geschädigter</b>	
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
<b>Sachschaden</b>	
Art und Höhe des Schadens?	
Amtliches Kfz-Kennzeichen:	
<b>Sonstige Geschädigte</b>	
Art und Höhe des Schadens?	
Amtliches Kfz-Kennzeichen:	
<b>Personenschaden</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
ZEUGEN	
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Tagebuch-Nr.:
Polizeidienststelle:	
Gebührenpflichtige Verwarnung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wer?	

BANKVERBINDUNG (BITTE STETS ANGEBEN)	Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:
Konto-Nr.:	
BLZ:	
Geldinstitut:	
Kontoinhaber:	
Zahlungsempfänger (Bitte vollständige Anschrift angeben!)	
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Prozent:      %

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

**Hinweis:** Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem

Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum	Unterschrift der Fahrerin / des Fahrers
Ort, Datum	Unterschrift / Firmenstempel des Versicherungsnehmers