

# Schadenanzeige Kraftfahrtversicherung

- Haftpflicht  
 Vollkasko      Selbstbeteiligung € .....  
 Teilkasko      Selbstbeteiligung € .....

**Droste & Partner** Tiefenbroicher Str. 49  
**Assekuranzmakler** 40885 Ratingen  
 Tel.: 02102/893141  
 Fax.: 02102/893142  
**Bitte senden Sie Ihre Schadenanzeige an diese Adresse**

## Den Schriftwechsel bitten wir ausschließlich über unser Haus zu führen !

Versicherungsnehmer: ..... ..... .....	Versicherer: ..... VS-Nr.: ..... Schaden-Nr.: ..... vermutl. Schadenhöhe (€): .....
---	--

### 1. Eigenes, am Unfall beteiligtes Fahrzeug

Wann trat der Schaden ein? Datum: ..... Uhrzeit: .....	Wo trat der Schaden ein? (Anschrift, ggf. unbewachter Parkplatz o.ä.) .....
Art des Kfz: Pkw <input type="checkbox"/> Lieferwagen <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Hänger <input type="checkbox"/> Omnibus <input type="checkbox"/> Hersteller/Typ: ..... Fahrgestell-Nr.: .....	1. Zulassung: ..... Gesamtlauflistung in Km: ..... Sind Sie Erstbesitzer des Kfz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorschäden repariert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit € .....
Beschädigungen am eigenen Fahrzeug, Bezeichnung der beschädigten Teile: ..... ..... Höhe der Reparaturkosten: € .....	
Zweck der Fahrt (Fahrt zur Arbeit/Dienstfahrt/Privat): .....	Besteht für das Fahrzeug ein Schutzbrief? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ... eine Verkehrs-Service-Versicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 2. Lenker des vorbezeichneten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt

Name und Anschrift: ..... ..... Geburtsdatum: ..... Führerschein-Klasse: .....	ausgestellt am: ..... entzogen am: ..... Alkoholgenuß? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis der Blutprobe: .....%o Medikamenten-/Rauschmitteleinnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheidet der Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Besteht Verdacht auf Verkehrsunfallflucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---	---

### 3. Straßenverhältnisse:

Zustand der Fahrbahn: naß <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> Sichtverhältnisse an der Unfallstelle (hell, dunkel, o.ä.): ..... War die Sicht durch Hindernisse eingeengt? .....	Straßenbelag am Unfallort: Belag: ..... Breite: ..... War Ihr Kfz verkehrstüchtig? (Reifen, Bremsen, etc) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Geschwindigkeit vor dem Unfall? ..... Km/h
--	---

### 4. Andere Unfallbeteiligte:

Eigentümer der beschädigten Sache / Kfz: ..... .....	Kam es zur Berührung mit einem anderen Kfz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen: ..... Waren mehr als zwei Kfz am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bezeichnung der beschädigten Teile: ..... ..... Reparaturkosten ca.: .....
--	---	---

### 5. Wie hat sich das Schadenereignis zugetragen? (Ausführliche Schilderung, ggf auf Beiblatt fortsetzen)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Wer hat den Schaden Ihres Erachtens nach verschuldet? .....	Stellen Sie anderweitig Ansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei wem? .....
--	---

