

# SCHADENANZEIGE

## zur Kraftfahrtversicherung

Kfz-Haftpflicht     Vollkasko     Teilkasko

ECCLESIA

UNION

VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr.

**Versicherungsnehmer:** Name, Anschrift, Telefon, Telefax

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits

telefonisch

schriftlich

per Telefax am \_\_\_\_\_ gemeldet.

AZ des VN:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

**geschätzte Schadenhöhe in DM:**

Schadenort (Straße, Km-Stein, ggf. Ausland):

**Fahrer:** Name

Führerschein

Alkoholgenuß

ja     nein

ja     nein

wenn ja, Ergebnis der Alkoholkontrolle in ‰

**Eigenes Fahrzeug**

Amtl. Kennzeichen / Gesamt-Km-Leistung

Erstzulassung

Fabrikat und Typ des Fahrzeuges

Leasing

**Eigener Schaden**

Schäden am eigenen Kfz (Art und Höhe)

Besichtigungsmöglichkeit (Name, Anschrift, Telefon)

Zahlung erbeten an (Bankleitzahl, Konto-Nr.)

**Fremdschaden**

Geschädigter (Name, Anschrift, Telefon, Telefax)

Sachschaden (Art und Höhe; bei Kfz auch Kennzeichen angeben)

Sonstige Geschädigte (Art und Höhe; bei Kfz auch Kennzeichen angeben)

Personenschaden; wenn ja, Name und Anschrift:

ja     nein

Alter/Beruf/Familienstand:

/ /

Verletzungen:

Krankenhausbehandlung

Der Verletzte war

ja     nein

fremder Kfz-Fahrer

Kradfahrer

Radfahrer

Fußgänger

eigener Insasse

fremder Insasse

Sicherheitsgurt angelegt?

ja     nein

Schutzhelm getragen?

ja     nein

**Schadenhergang** (ggf. Skizze beifügen):

Haben Sie eigene Ansprüche beim Gegner angemeldet oder beabsichtigen Sie dies?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeugen (Name, Anschrift, Telefon)	_____ _____
Polizeiaufnahme; wenn ja, Dienststelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      _____
Tagebuch-Nr.	_____
Gebührenpflichtige Verwarnung; wenn ja, wer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      _____ _____

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in alle diesen Vorfall betreffende Akten einzusehen und ggf. Abschriften anzufertigen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß die in diesem Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Vertrags- und Schadendaten ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern gespeichert und an die betroffenen Rückversicherer, an die Versicherer sowie die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Wir sind damit einverstanden, daß die Abwicklung ohne vorherige Information ggf. direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Geschädigten)