

Schadenanzeige
für Kfz-Schäden

Bitte zurücksenden an:

Richard Böck Versicherungsmakler GmbH
Candidplatz 11
81543 München

Tel.: 089 / 620 55 20
Fax.: 089 / 692 15 92
E-Mail: info@boeck-vm.de

Versicherungsnehmer

Name/Firma: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat/geschäftl.: _____

Versicherungsnummer: _____

amtl. Kennzeichen: _____

Fahrer

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Führerscheinklasse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat/geschäftl.: _____

Enthält der Führerschein des Fahrers Einschränkungen oder Auflagen?

nein ja (z.B. Tragen einer Brille): _____

Wurden die Auflagen voll erfüllt? nein ja

Wurde das Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen genutzt? nein ja

Fragen zum Unfall:

Schadentag / Uhrzeit: _____

Schadenort: _____ innerhalb außerhalb
 Straße, Haus-Nr.: _____ einer Ortschaft einer Garage

Fand eine polizeiliche Schadenaufnahme statt?

nein ja, Dienststelle: _____ Tagebuch-Nr.: _____

Verwarnung/Anzeige gegen: VN oder Fahrer

Hatte der Fahrer die erforderliche Fahrerlaubnis zur Zeit des Unfalls? nein ja

Ist der Führerschein am Unfalltag sichergestellt/entzogen worden? nein ja

Verblieb der Fahrer am Unfallort? nein ja

Hatte der Fahrer innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke oder Medikamente/Drogen zu sich genommen? nein ja, Art/Menge: _____

Ist eine Blutprobe erfolgt? nein ja, _____‰

Zeugen (bitte genaue Anschriften):

Unfallhergang Schadenursache / Skizze (mit Angabe der Straßenverhältnisse, Verkehrszeichen usw.):



Halten Sie sich hinsichtlich entstandener Schäden für verantwortlich? nein teilweise ja

Geschädigte/r:

Name, Vorname: _____ Fahrzeug: PKW LKW Kraftrad
 Straße, Haus-Nr.: _____ Fabrikat/Type: _____
 PLZ, Wohnort: _____ amtl. Kennzeichen: _____
 Telefon (tagsüber): _____ Erstzulassung: _____

Name, Vorname: _____ Fahrzeug: PKW LKW Kraftrad
 Straße, Haus-Nr.: _____ Fabrikat/Type: _____
 PLZ, Wohnort: _____ amtl. Kennzeichen: _____
 Telefon (tagsüber): _____ Erstzulassung: _____

Schäden der Beteiligten:

Welcher Schaden ist an Ihrem Fahrzeug eingetreten? _____ geschätzt ca. EUR _____
 Welcher Schaden ist dem/den Geschädigten entstanden? _____ geschätzt ca. EUR _____
 Wo kann der Schaden des Unfallgegners besichtigt werden? _____
 Alter und Zustand der beschädigten Sache (Vorschäden)? _____
 Machen Sie eigene Ansprüche geltend? nein ja, gegen wen? _____
 Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Geltendmachung Ihrer Ansprüche beauftragt? nein ja,
 Name: _____ Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Personenschaden:

Name der verletzten Person: _____ Beruf: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ Alter/Familienstand: _____
 PLZ, Wohnort: _____ Anzahl/Alter der Kinder: _____
 Art der Verletzung: _____
 Arzt/Krankenhaus (mit Anschrift): _____

Ist/war die verletzte Person angeschnallt? nein ja // Insasse eigenes Fz.? // Insasse fremdes Fz.? //
 Ihr Arbeitnehmer? nein ja // Ihr Arbeitgeber? nein ja // tätig beim gleichen Arbeitgeber? nein ja //
 Sonstiges (z.B. Helm, Kindersitz)? nein ja

Kaskoschaden:

Wird die Voll-/Teilkaskoversicherung in Anspruch genommen? nein ja vorsorgliche Meldung

Bitte beachten Sie:

- Ihr Fahrzeug wird bei einem Schaden über EUR 500,00 durch einen Sachverständigen des Versicherers besichtigt. Die Kosten für ein von **Ihnen** bestelltes Gutachten können wir nicht übernehmen.
- Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Fahrzeug nicht repariert wird.
- Übersteigt ein Diebstahl-, Brand-, Wildschaden den Betrag von EUR 150,00, so ist er auch der Polizei unverzüglich anzuzeigen.

Allgemeine Fragen:

Sind Sie Eigentümer des versicherten Fahrzeugs? ja nein, sondern _____
 Fz. gekauft am: _____ Gef. Kilometer: _____ Kaufpreis: EUR _____ neu gebraucht
 Anz. Vorbesitzer: _____ Garagenfahrzeug: nein ja
 Vorschäden: nein ja Schadenhöhe: EUR _____
 Leasingfahrzeug: nein ja, ggf. Name des Leasinggebers: _____
 Besteht ein Versicherungsschein? nein ja
 Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? nein ja Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? nein ja

Wo ist das Fahrzeug zu besichtigen? _____
 (genaue Anschrift, Telefon)

 Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen gemacht habe. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust der Versicherungsansprüche führen, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht

 Ort, Datum

 bei Übermittlung per Post oder Telefax bitte unterzeichnen