

Schadenmeldung Kraftfahrt

Versicherungsnummer

Haftpflicht

Unser Zeichen (bitte immer angeben)

Kasko

Unser Zeichen (bitte immer angeben)

Fahrerunfallversicherung

Schadenmeldung bitte an die Unfallschadenabteilung weiterleiten.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen sind Sie im Schadenfall verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Soweit zumutbar haben Sie uns auch fristgerecht Belege vorzulegen.

Wird gegen diese Obliegenheiten vorsätzlich verstößen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung kann der Versicherungsschutz entsprechend des Verschuldensgrades ganz oder teilweise entfallen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch insoweit bestehen, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

Insbesondere ist Folgendes zu beachten:

- Beauftragen Sie von sich aus keinen Sachverständigen. Ihr zuständiger Schadensachbearbeiter prüft anhand der Art und Höhe des entstandenen Schadens, ob eine Fahrzeugbesichtigung notwendig ist.
- Bei einem Wildunfall zeigen Sie diesen unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle an. Diese nimmt die für die Bearbeitung notwendigen Beweise auf und erteilt die erforderlichen Bescheinigungen. Gleches gilt für den Fall einer Fahrzeugentwendung oder eines sonstigen Diebstahls von Fahrzeugteilen.
- Haben Sie einem Dritten einen Schaden zugefügt, geben Sie kein Schuldnerkenntnis ab und erstatten den Schaden nicht – auch nicht teilweise – mit eigenen finanziellen Mitteln. Eine Leistungspflicht unserseits besteht nur im Rahmen rechtlich begründeter Schadenersatzansprüche.
- Werden Schadenersatzansprüche gegen Sie gerichtlich oder mittels Mahnbescheid geltend gemacht, informieren Sie uns sofort. Die weitere Prozessführung obliegt bedingungsgemäß dem Versicherer.
- Ebenso informieren Sie uns unverzüglich über mögliche weitere Schadenursachen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, einen eigenen Schadenersatzanspruch mit allen formellen und rechtlichen Mitteln zu sichern. Soweit wir in solchen Fällen die Durchsetzung eines Schadenersatzanspruchs bei dem Schadenverursacher betreiben, sind Sie verpflichtet, uns hierbei zu unterstützen.

Versicherungsnehmer

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Für Rückfragen: bitte immer Telefon mit Vorwahl angeben

tagsüber

abends

Telefax

E-Mail

Beruf oder Art des Betriebs

Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen?

nein ja, zu

%

Eigenes Fahrzeug

Fahrzeugart (z. B. Pkw, Lkw, Kraftrad, Bus, Zugmaschine, Anhänger)

Fabrikat und Fahrzeugtyp

Fahrzeug-Identifizierungs-Nummer

Amtliches Kennzeichen / PS / kW

amtliches Kennzeichen

PS

kW

Erstzulassung / Gesamtkilometerstand

Erstzulassung

km-Stand

Nächster TÜV

Datum

Verwendung des Fahrzeugs zum Zeitpunkt des Schadens

- privat
- gewerbL. Mietwagen / Taxi
- Güterfernverkehr
- Güternahverkehr
- Werkfernverkehr
- Werknahverkehr

Fahrzeuglenker

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Für Rückfragen: bitte immer Telefon mit Vorwahl angeben

tagsüber

abends

Telefax

E-Mail

Führer der Lenker mit Ihrem Einverständnis?

nein ja

Führerscheinklasse

Führerscheinklasse

Wurde Alkohol festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ergebnis	%
Wurden Medikamente festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Wurden Drogen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Ist ein Verfahren wegen Unfallflucht anhängig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schadentag	Uhrzeit	Unfallort	Unfallland
Schadenhergang Bitte schildern Sie den Hergang / die Umstände des Unfalls / Vorfalls ausführlich. Verweisen Sie nicht nur auf das Polizeiprotokoll. Reichen Sie uns bitte Fotos ein, auf denen der Schaden bzw. das Schadenausmaß deutlich zu erkennen ist.			
		Unfallskizze	
	Bitte kreuzen Sie die Anstoßstellen der beteiligten Fahrzeuge an.		
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen? (bitte Aktenzeichen angeben)			
Aktenzeichen			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen			
Welche Personen haben den Schadenhergang beobachtet? (bitte Namen und Anschriften angeben)			
Waren diese?			
<input type="checkbox"/> Insassen <input type="checkbox"/> Passanten <input type="checkbox"/> nachfolgendes Fahrzeug <input type="checkbox"/> vorausfahrendes Fahrzeug <input type="checkbox"/> Fahrzeug im Gegenverkehr			
<input type="checkbox"/> ich bzw. der Fahrzeuglenker oder <input type="checkbox"/> der Unfallgegner oder <input type="checkbox"/> beide			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Angaben zur Schutzbreviersicherung			
Besteht anderweitig eine Verkehrs-Service- oder Schutzbreviersicherung?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vertragsnummer			
Bei welchem Unternehmen?			

Angaben für die Haftpflichtversicherung

Ansprechsteller

Name

Straße, Hausnummer

Wichtig: dessen Telefon mit Vorwahl angeben

Vorname

Postleitzahl, Ort

tagsüber

abends

Telefax

E-Mail

Worin besteht der Schaden? (bei beschädigten Kraftfahrzeugen auch amtliches Kennzeichen, Fahrzeugtyp, Erstzulassung angeben)

Weitere Beteiligte

Name, Anschrift

Telefon

amtliches Kennzeichen

Name, Anschrift

Telefon

amtliches Kennzeichen

Name, Anschrift

Telefon

amtliches Kennzeichen

Angaben über Verletzte

– auch ausfüllen, wenn (noch) keine Ansprüche angemeldet wurden –

1. Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Art der Verletzungen

Verwandt, verschwägert oder in Hausgemeinschaft
lebend mit Ihnen oder dem Fahrer?

 nein ja

Wie nahm der Verletzte am Verkehr teil?
(z.B. Fußgänger, Radfahrer, Kfz-Insasse)

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls angeschnallt?

 nein ja**2. Person**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Art der Verletzungen

Verwandt, verschwägert oder in Hausgemeinschaft
lebend mit Ihnen oder dem Fahrer?

 nein ja

Wie nahm der Verletzte am Verkehr teil?
(z.B. Fußgänger, Radfahrer, Kfz-Insasse)

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls angeschnallt?

 nein ja**3. Person**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Art der Verletzungen

Verwandt, verschwägert oder in Hausgemeinschaft
lebend mit Ihnen oder dem Fahrer?

 nein ja

Wie nahm der Verletzte am Verkehr teil?
(z.B. Fußgänger, Radfahrer, Kfz-Insasse)

War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls angeschnallt?

 nein ja

Angaben für die Kaskoversicherung

– bitte nur ausfüllen, wenn Kaskoversicherung in Anspruch genommen wird –

Wo und wann kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?

Besonderer Hinweis: Bei Kasko-Schäden ist der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, vor Reparatur, Verwertung oder Verkauf des Fahrzeugs die Weisung des Versicherers einzuholen.

Wird das Fahrzeug repariert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schadenhöhe ca. €
-------------------------------	-----------------------------	-------------------

Welche Werkstätte führt die Reparatur aus?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann: Jahr, Monat
-------------------------------	-----------------------------	-------------------

War das Fahrzeug vor dem Schadenfall schon jemals beschädigt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Reparaturkosten
-------------------------------	-----------------------------	-----------------

Wenn ja, wurden diese Vorschäden repariert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sicherungsübereignung Eigentumsvorbehalt
-------------------------------	-----------------------------	---

Sind Sie selbst Eigentümer des beschädigten Kraftfahrzeugs?

Wenn nein, wem gehört es?

(Name, Anschrift)

Haben Sie Ihr Fahrzeug geleast?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Wenn ja, Name und Anschrift des Leasinggebers

Bei Teile-Diebstahl (bitte unbedingt zusätzlich ausfüllen)

Wann (Tag und Uhrzeit) und wo genau wurde das Kfz abgestellt?

Befand sich das Fahrzeug in einer Einzelgarage?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> verschlossen	<input type="checkbox"/> unverschlossen
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	---

Welche Teile wurden entwendet?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Waren die Türen verschlossen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Waren die Fenster verschlossen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Wo wurden Original- und Ersatzschlüssel verwahrt?

Wo wurden die Fahrzeugpapiere (Brief/Schein) verwahrt?

Besteht anderweitig Versicherungsschutz?
(z.B. durch Hausratversicherung)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo
-------------------------------	-----------------------------	----

zusätzlich bei Glasbruchschaden

Welche Scheiben wurden beschädigt?

zusätzlich bei Brandschaden

Wo ist der Brand entstanden?

Gab es eine offene Flammenbildung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

oder einen Kabelschaden nach Kurzschluss?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Ihre Bankverbindung

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Hinweis für den Schadenfall: Die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Daten der Beteiligten haben wir gespeichert. Die allgemeinen Daten führen die zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern gehörenden Unternehmen in gemeinsamen Datensammlungen.