

Schadenanzeige

zur Kraftfahrtversicherung



Kfz-Haftpflicht Vollkasko Teilkasko Schutzbrief

Schadennummer: 5798697

Ecclesia Gruppe
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
Telefon: +49 (0) 5231 603-6336
Telefax: +49 (0) 5231 603-193
E-Mail: briefkasten-kfz@ecclesia.de

Wünschen Sie die Reparatur durch ein bundesweites Werkstattnetz mit Service-Zusatz-Leistungen?

(Kontaktherstellung durch Ecclesia)

ja nein

Versicherungsnehmer

Titel, Vor- und Zuname		Telefon
Straße, Hausnummer		Telefax
PLZ, Ort		E-Mail
Schadentag	Uhrzeit	festgestellt am

Eigenes Fahrzeug

amtliches Kennzeichen	Gesamt-Km-Leistung	Erstzulassung	Fabrikat und Typ des Fahrzeugs
Einsatzart des Kfz	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Freizeitmaßnahmen/Veranstaltung	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> ambulante Kranken- und Altenpflege	<input type="checkbox"/> Behindertenbeförderung
	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
Befand sich das Fahrzeug in einem verkehrssicheren Zustand?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wenn nein, welche Defekte lagen vor?	_____		
War das Kfz zum Unfallzeitpunkt mit einem Anhänger verbunden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen _____	

Schadenhergang

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	<input type="checkbox"/> technische Ursache
Werden Ansprüche bei der Gegenseite geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Schadenort

Straße, Ort, PLZ, Km-Stein, ggf. Ausland			
Straßentyp	<input type="checkbox"/> innerorts	<input type="checkbox"/> Betriebsgelände	<input type="checkbox"/> Landstraße
	<input type="checkbox"/> BAB	<input type="checkbox"/> Baustelle	<input type="checkbox"/> Parkplatz/Parkhaus
	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
Straßenverhältnisse	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> nass	<input type="checkbox"/> vereist/verschneit
	<input type="checkbox"/> Laub/Rollsplit	<input type="checkbox"/> verschmutzt	
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"/> Sonne	<input type="checkbox"/> Nebel	<input type="checkbox"/> Sturm
	<input type="checkbox"/> Schnee	<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> Hagel

0621.01/08.16

Zu verwenden bei Fahrzeugen mit Zeichen (B) hinter dem Fahrzeughalter im Fahrplan der betreffenden Reise.

Fahrer			
Titel, Vor- und Zuname, Adresse		Geburtsdatum	Führerscheinklasse
Ausstellungsdatum		Stand der/die Fahrer/in unter Alkohol-, Medikamenten oder Rauschmitteleinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, wurde eine Blutprobe entnommen? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		Wird dem Fahrer Unfallflucht vorgeworfen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Beschäftigungsverhältnis		<input type="checkbox"/> hauptamtlich <input type="checkbox"/> ehrenamtlich <input type="checkbox"/> Honorarkraft <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> BFD <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung	
Tätigkeit als (Berufsbezeichnung)			Betriebseintritt (Monat/Jahr)
Schäden am eigenen Fahrzeug			
<input type="checkbox"/> keine Schäden <input type="checkbox"/> vorne <input type="checkbox"/> hinten <input type="checkbox"/> Seite <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts			
Soll die Kasko-Versicherung in Anspruch genommen werden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schäden am eigenen Kfz: Art			Höhe
Besichtigungsmöglichkeit (Name, Anschrift, Telefon)			
Entschädigung			
Ist das Fahrzeug geleast? (ggf. bitte Freigabeerklärung des Leasinggebers beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Zahlung erbeten an: Name	IBAN		BIC
Besteht für das Fahrzeug die Möglichkeit zum Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Fremdschaden			
Geschädigter: Titel, Vor- und Zuname		Telefon	
Anschrift		E-Mail	
Sachschaden (Art und Umfang; bei Kfz auch Kennzeichen angeben)			
Wurde eine beteiligte Person verletzt? Wenn ja, wer? (Name und Anschrift)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erfolgte eine Aufnahme durch die Polizei? Wenn ja, durch welche Dienststelle? (Name und die Tagebuch-Nummer)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hat die Polizei eine beteiligte Person verwarnt? Wenn ja, wen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Zeugen: Name		Telefon	
Anschrift			
<small>Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht. Hinweis: 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 Schadensfeststellung 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. „Wir sind einverstanden, dass ggf. auch direkt mit dem Fahrzeughalter, Autohaus usw. abgerechnet wird.“</small>			

(Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

(Unterschrift von Fahrer/-in)