

Bitte zurücksenden an:

Schmelzer & D'Aloia Versicherungsmakler
 Postfach 31 07 - 57244 Netphen

Telefon (0 27 37) 21 64 44
 Telefax (0 27 37) 21 64 45



Sehr geehrter Kunde,
 bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig und vollständig aus.
 Nur so können wir Ihren Schaden schnell und korrekt regulieren und
 Sie vermeiden es, dass wir Ihnen die nicht vollständig ausgefüllte
 Schadenanzeige zur Ergänzung zurücksenden müssen.
 Vielen Dank.

Schadenanzeige	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug-Haftpflicht <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug-Kasko	Schaden-Nr. <input style="width: 90%;" type="text"/> Versicherungsschein-Nr. <input style="width: 90%;" type="text"/>
-----------------------	--	--

Versicherungsnehmer		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon		
		privat dienstlich
Wann hat sich der Schaden ereignet?	Ja Nein	Datum _____ Uhrzeit _____
Wo ist der Schaden entstanden?		Ort _____ Straße _____
Amtl. Kennzeichen des versicherten Kraftfahrzeugs		
Tag der Erstzulassung		Km-Stand _____
Fahrgestell-Nr.		Fabrikat _____
Verwendung des Fahrzeugs zum Zeitpunkt des Schadens (Bitte jede Position prüfen und Zutreffendes bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> als Mietwagen <input type="checkbox"/> als Selbstfahrervermietwagen <input type="checkbox"/> in gewerblichen Güterfernverkehr <input type="checkbox"/> im gewerblichen Güternahverkehr <input type="checkbox"/> im Werksnahverkehr <input type="checkbox"/> im Werksfernverkehr <input type="checkbox"/> keine solche Verwendung
Fahrer des versicherten Fahrzeugs zum Zeitpunkt des Unfalls		Name _____ geb. am _____
		Straße _____
		PLZ/Ort _____
Führerschein des Fahrers am Schadentag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klasse _____ Ausstellende Behörde _____
Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hat der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken oder Drogen/ Medikamente eingenommen? Wenn, was, wie viel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ergebnis der Blutprobe _____
Namen, Vornamen der Zeugen		
Anschrift / Telefon		
Hat die Polizei ein Protokoll/eine Anzeige aufgenommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	am _____ Aktenzeichen _____
Anschrift der Polizei-/Ermittlungsbehörde		
Wurde der Führerschein eingezogen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wurde einer der Beteiligten gebührenpflichtig verwarnt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	der <input type="checkbox"/> eigene Fahrer <input type="checkbox"/> Gegner
Wurde ein Bußgeld/Strafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gegen den <input type="checkbox"/> eigenen Fahrer <input type="checkbox"/> Gegner
Hatte Ihr Fahrzeug Mängel oder erhielten Sie eine Mängelkarte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bremsen <input type="checkbox"/> Lenkung <input type="checkbox"/> Bereifung <input type="checkbox"/> Beleuchtung
Wird Fahrerflucht vorgeworfen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	dem <input type="checkbox"/> eigenen Fahrer <input type="checkbox"/> Gegner
Stellen Sie selbst gegen andere am Unfall Beteiligte Schadenersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, gegen _____
Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, wen _____

Wie hat sich der Schaden ereignet?	(Bitte gesondertes Blatt mit Unfallskizze beifügen)

	Ja	Nein	
Name und Anschrift des Unfallgegners			
Sachschaden des Unfallgegners? (Bei KFZ bitte auch amtl. Kennzeichen und Fabrikat angeben)			
Angaben über Verletzte			
1. Person			
Vor-/Zuname			
Anschrift			
Steht der Verletzte in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der Verletzte ein Arbeitskollege von Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Verletzte war			<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Krad-/Moped-Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse in meinem Kfz <input type="checkbox"/> Insasse im fremden Kfz
War er angeschnallt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trug er einen Schutzhelm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angaben über Verletzte			
2. Person			
Vor-/Zuname			
Anschrift			
Steht der Verletzte in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der Verletzte ein Arbeitskollege von Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Verletzte war			<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Krad-/Moped-Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse in meinem Kfz <input type="checkbox"/> Insasse im fremden Kfz
War er angeschnallt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trug er einen Schutzhelm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur bei Kraftfahrzeug-Kaskoschäden (Vollkasko bzw. Teilkasko) beantworten			
Welche Teile Ihres fahrzeugs wurden beschädigt?			
Hatte das Fahrzeug Vorschäden? (auch reparierte Vorschäden)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ist der Schaden am Fahrzeug höher als 2000 EUR?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ca. EUR _____
Wo kann das versicherte Fahrzeug besichtigt werden?			
			Name _____
			Anschrift _____
			Telefon _____
Ist das Fahrzeug finanziert oder geleast?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		wenn ja, Name, Anschrift, Aktenzeichen des Kredit- oder Leasinggebers
Gehört das Fahrzeug zu Ihrem Betriebsvermögen?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sind Sie insoweit vorsteuerabzugsberechtigt?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		mit _____ %
Verfügen Sie über einen Auslands- oder Inlands-Schutzbrief des ADAC oder einer anderen Organisation?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		wenn ja, Versicherungsschein-Nr. _____

Unbedingt beachten!

Diese Angaben habe ich nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil entsteht.

Ort/Datum
Unterschrift des Versicherungsnehmers