

Schadenmeldung Kfz-Haftpflicht

Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die Conceptif, Barmbeker Str. 2-6, 22303 Hamburg
Fax: 040 696355-389, E-Mail: schaden@conceptif.de, Tel.: 040 696355-380

Versicherer

Policennummer

Schadennummer

Für welche Sparte reichen Sie den Schaden ein?

Kfz-Haftpflicht

Schutzbrief

Fahrerschutz

Versicherungsnehmer:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Geburtsdatum

Amtl. Kennzeichen

PKW LKW Krad Anhänger

Hersteller

Typ

Fahrzeug-Ident-Nr.

War das Fahrzeug mit einem anderen verbunden? Nein Ja

mit

versichert bei

Geschädigter

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Geburtsdatum

PKW LKW Krad Anhänger

Amtl. Kennzeichen

Hersteller

Typ

Fahrzeug-Ident-Nr.

War das Fahrzeug mit einem anderen verbunden? Nein Ja

mit

versichert bei

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Vielen Dank!

Steht der Geschädigte in einem privaten oder beruflichen Verhältnis zu Ihnen?

Nein

Ja

Art des Verhältnisses

Wann und wo ist der Schaden eingetreten?

Datum

Uhrzeit

Privat

Weg zur Arbeitsstätte

berufliche Tätigkeit

Schadenort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Entfernung vom Wohnort zum Schadenort

Zielort der Fahrt

Vorgeschr. Geschwindigkeit am Unfallort

Geschwindigkeit vor dem Unfall

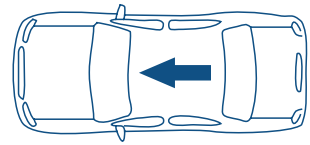
Zustand der Fahrbahn: nass trocken vereist

sonstiges

Genauere Schilderung des Schadenhergangs – ggf. weitere Erläuterungen und Skizze auf Extrablatt beifügen.

Gibt es Beschädigungen an Ihrem eigenen Fahrzeug? (Bezeichnung der beschädigten Teile und Markierung an der Skizze)

Nein Ja



Fahrer Ihres Kfz bei Unfalleintritt / Polizeiliche Schadenaufnahme

Name und Anschrift des Fahrers Geburtsdatum

Steht der Fahrer in einem privaten oder beruflichen Verhältnis zu Ihnen? Nein Ja wenn ja, Art des Verhältnisses

Führerschein? Nein Ja Klasse seit

Benutzte er Ihr Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen? Nein Ja Besteht der Verdacht der Fahrerflucht? Nein Ja

Wurde der Unfall polizeilich erfasst? Nein Ja Dienststelle Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

In welchem Umfang hat der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Drogen konsumiert?

Wurde eine Blutprobe entnommen? Nein Ja Ergebnis

Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? Nein Ja Gesamtanzahl der Insassen (ohne Fahrer)

Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Gebührenpflichtige Verwarnungen haben erhalten:

Gab es noch andere Unfallbeteiligte?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name	Vorname, Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen

Waren Zeugen anwesend?

Augenzeugen	Zeuge 1	Zeuge 2	Zeuge 3
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verbindung des Zeugen zu Ihnen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verbindung des Zeugen zum Geschädigten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wer hat Ihrer Meinung nach den Schaden verschuldet oder mitverursacht und wodurch?

Sie selbst oder der Fahrer Ihres Kfz?

Nein Ja

Wenn ja, wodurch?

Der Geschädigte (Gegner)?

Nein Ja

Wenn ja, wodurch?

Eine andere (fremde) Person?

Nein Ja

Wenn ja, wodurch?

Sachschaden

Stellen Sie selbst Ansprüche?

Nein Ja

Bei wem?

Welche Schäden haben Sie festgestellt und wie hoch schätzen Sie die Reparaturkosten?

Welche anderen fremden Sachen wurden beschädigt oder zerstört?

Personenschaden

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Beruf

Alter

Verletzungen

Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.)

War der Verletzte / Tote angeschnallt?

Nein Ja

Sofern der Verletzte / Tote Insasse Ihres Kfz war:

Ist er Familienangehöriger des Fahrers?

Nein Ja

Lebt er mit dem Fahrer in häuslicher Gemeinschaft?

Nein Ja

Ist er ein Arbeitskollege des Fahrers?

Nein Ja

Diente die Fahrt beruflichen Zwecken?

Nein Ja

Handelte es sich um eine Fahrt von / zur Arbeitsstätte?

Nein Ja

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Beruf

Alter

Verletzungen

Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.)

War der Verletzte / Tote angeschnallt?

Nein Ja

Sofern der Verletzte / Tote Insasse Ihres Kfz war:

Ist er Familienangehöriger des Fahrers?

Nein Ja

Lebt er mit dem Fahrer in häuslicher Gemeinschaft?

Nein Ja

Ist er ein Arbeitskollege des Fahrers?

Nein Ja

Diente die Fahrt beruflichen Zwecken?

Nein Ja

Handelte es sich um eine Fahrt von / zur Arbeitsstätte?

Nein Ja

Gestellte Ansprüche

Wer hat Ansprüche gegen Sie erhoben? (Schriftstücke beifügen)

Wann und in welcher Höhe?

Was haben Sie hiergegen einzuwenden?

Datum und Unterschrift (zwingend erforderlich)

Ich bin einverstanden, dass das versichernde Unternehmen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten einsehen kann. Sie bestätigen als Versicherungsnehmer die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, auch wenn ein anderer sie niederschreibt. Unrichtige Angaben können, je nach Schwere des Verschuldens, zumindest teilweise zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen.

Ort, Datum

Unterschrift