

HK-SCHADENSANZEIGE

Versicherung	Polizzenummer	Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit
--------------	---------------	---------------------------

Versicherung beginnt mit Vertrauen.



KRAFTFAHRZEUGHAFTPFLICHT KRAFTFAHRZEUGKASKO INSASSENUNFALL

Versicherungsnehmer: _____

Straßenname _____ Tel. Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Schadenstag (Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit) _____ Unfallort _____

Bericht über Ursachen und Hergang des Vorfalles	Skizze
---	--------

Von welcher Polizei-, Gendarmeriestelle wurde der Vorfall aufgenommen?	Wen trifft das Verschulden? Zu wie viel Prozent?
Wurde ein Alko-Test vorgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ergebnis: _____	Wurde der Führerschein abgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Behörde: _____
Erfolgte Ihre Fahrt mit Wissen und Willen des Fahrzeughalters? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist der Lenker Arbeitnehmer in Ihrem Betrieb? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zur Zeit des Unfalls befanden sich im versicherten Fahrzeug (einschließlich Lenker) _____ Personen.	In welchem Verhältnis steht der Geschädigte zum VN? Gesellschafter der Firma / Miteigentümer d. Kfz / Arbeitnehmer / fremd
Ist er ein Familienangehöriger? (Verwandtschaftsgrad)	Haben Sie ihm Unterhalt zu gewähren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unfallzeugen (Name, Adresse, Tel.-Nr.) a) Insassen Ihres Fahrzeuges b) Insassen im gegnerischen Fahrzeug c) sonstige Zeugen

Sind von dem Geschädigten Schadenersatzforderungen gestellt worden? _____ in welcher Höhe: _____
Beabsichtigen Sie selbst an den Gegner Schadenersatzansprüche zu stellen? Ja Nein
Sind Sie mit einer vergleichweisen Regelung der Ansprüche des Gegners, falls wir eine solche für angezeigt halten, einverstanden? Ja Nein



Versichertes Fahrzeug <small>eigenes Fahrzeug</small>	Art, Marke, Type		Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kennzeichen		Baujahr		
	Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?						Geschätzte Schadenhöhe:		
	Welche Fahrzeugteile sind beschädigt?								
	Mehrwertsteuer Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilw. zu _____%		Haftpflichtversicherer Pol. Nr.		Kaskoversicherer Pol. Nr.		Rechtsschutzversicherer Pol.Nr.		
	Fahrzeuglenker (Name, Adresse, Beruf, Alter)							Tel. Nr.	
	Führerscheindaten (Ausstellungsbehörde)		Führerscheinnummer		Gruppen		Führerschein seit: _____ Führerschein eingesehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sachschäden <small>am gegnerischen Fahrzeug</small>	Eigentümer (Name, Adresse)							Tel. Nr. Eigentümer	
	Fahrzeuglenker (Name, Adresse, Beruf, Alter)							Tel. Nr. Fahrzeuglenker	
	Art, Marke, Type				Kennzeichen		Baujahr		
	Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?						Geschätzte Schadenhöhe:		
	Welche Fahrzeugteile sind beschädigt?								
	Unreparierte Vorschäden				Haftpflichtversicherer Pol. Nr. <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Leihwagenanspruch		Kaskoversicherer Pol. Nr.		
Welche Gegenstände sind sonst beschädigt? (Alter derselben)							Geschätzte Schadenhöhe:		
Personenschäden	Name, Adresse, Beruf, Alter							Tel. Nr.	
	<input type="checkbox"/> Insassen im KFZ des Versicherungsnehmers				<input type="checkbox"/> Insassen im gegnerischen KFZ				
	Art der Verletzung				Name, Adresse des behandelnden Arztes/ Krankenhauses				
	Verhältnis des Verletzten zum VN, Lenker (Dienstverhältnis, Mitbesitzer des Fahrzeuges verwandt, fremd)				Welche Ansprüche wurden bereits gestellt?				
	Waren der/die Verletzte(n) angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Lenker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Beifahrer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Personen auf dem Rücksitz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kopfstützen hinten vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Datum

aufgenommen von

Unterschrift Lenker

Unterschrift Versicherungsnehmer