



Schadenanzeige zur Kraftfahrtversicherung

An G&P Motorrad Versicherungsdienst GmbH Saatwinkler Damm 66 13627 Berlin	Versicherungsnehmer:	
Versicherer:	Vertragsnummer:	
Welche Sparte möchten Sie in Anspruch nehmen ? <input type="checkbox"/> Kraftfahrthaftpflicht <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief-Versicherung		
Können Sie die MwSt. absetzen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1. Schadentag:	2. Uhrzeit:	3. Schadenort:
4. Art des Fahrzeuges: <input type="checkbox"/> Krad oder <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Hänger Amtl. Kennzeichen: _____ Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrzeug-Ident Nr.: _____ Erstzulassung: _____ Gesamtlauflistung in km: _____ Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeuges: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Steht Ihr Kfz nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beschädigungen am eigenen Fahrzeug:	Unreparierte Vorschäden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der Beschädigungen: _____	
Zweck der Fahrt ? <input type="checkbox"/> Privatfahrt <input type="checkbox"/> Dienstfahrt <input type="checkbox"/> Nahverkehr <input type="checkbox"/> Fernverkehr	Reparierte Vorschäden ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit _____ EURO Schäden beim Vorbesitzer ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Entfernung Schadenort-Wohnort: _____ km	Besteht eine Schutzbriefvers. ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei welcher Gesellschaft ? _____	
5. Fahrer zum Unfallzeitpunkt ? Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____ Anschrift: _____		
Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Klasse: _____ Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheidet der Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Alkoholgenuss ? ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____% <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Andere Unfallbeteiligte:		
Name, Anschrift: _____ amt. Kennzeichen: _____ Tel. tagsüber: _____	Beschädigungen am Fahrzeug: _____ Versicherer: _____	
Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____ Deren amt. Kennzeichen: _____		
7. Angaben zum Unfallhergang:		
Zielort der Fahrt (Schutzbrief): _____ Geschwindigkeit zum Unfallzeitpunkt: _____ vorgeschriebene Geschwindigkeit: _____ Zustand der Fahrbahn: <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

8. Schadenschilderung: bei Abweichendem Hergang bitte eigene Schadenschilderung:	
<input type="checkbox"/> ich bin aufgefahren <input type="checkbox"/> ich habe die Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> ich wechselte die Fahrspur <input type="checkbox"/> ich fuhr gegen ein geparktes Kfz	
Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verschuldet ?	Stellen Sie selbst Ansprüche ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = bei wem? Versicherer:
9. Zeugen, Polizei:	
Gesamtanzahl der Insassen ____ (mit Fahrer) Insassen im eigenen Kfz (Name, Anschrift)	Polizeilich aufgenommen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Polizeidienststelle (bitte Anschrift angeben): Tagebuch-Nr.:
Weitere Zeugen (Name, Anschrift):	Verfahren (Verwarnung, Anzeige, Bußgeld) gegen: (Name, Anschrift):
10. Personenschaden:	
Wurden Personen verletzt oder getötet ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wer in welchem Fahrzeug?	
11. Für alle Kaskoschäden:	
Zu welchem Preis wurde das Kfz von Ihnen erworben? _____ EURO Verkäufer (Name, Anschrift):	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bank-Sicherungsübereignung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstige Sicherungsübereignung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im gegebenen Fall ist dem Versicherer eine Bestätigung des Sicherungsgläubigers vorzulegen, dass er mit der Zahlung an Sie oder Dritte einverstanden ist.
Ist das beschädigte Kfz durch einen Sachverständigen besichtigt worden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo kann es besichtigt werden? voraussichtliche Schadenhöhe ? _____ EURO	Ihr Abrechnungswunsch: <input type="checkbox"/> nach Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> nach Rep.-Rechnung <input type="checkbox"/> nach Gutachten Forderung ist abgetreten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ihre Bankverbindung: Institut: BLZ: _____ Konto-Nr.: _____
12. Zusatzfragen bei Diebstahlschäden:	
Wann wurde das Fahrzeug abgestellt ? Datum: _____ Uhrzeit: _____ Anschrift und Beschreibung (z.B. Parkhaus, Werkstatt, Autobahnratplatz) des Abstellorts ? Was wurde entwendet ? (Alter, Kaufpreis bitte angeben und Originalrechnung beifügen)	Wann wurde der Diebstahl bemerkt ? Datum: _____ Uhrzeit: _____
Fahrzeugschlüssel abgezogen und Lenkrad eingerastet ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Türen abgeschlossen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Scheiben, Schiebe-/Faltdach geschlossen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Diese Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass unwahre und bewußt unvollständige Angaben zur Versagung des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift