

Post Postfach 1216
49361 Vechta

Besuch Elisabethstraße 46
Vechta

Telefon 04441-4262
Telefax 04441-84188
e-mail info@graff-versicherungsmakler.de

Gesellschaft: _____

KRAFFFAHRT-SCHADENANZEIGE

Vers.-Schein-Nr: _____

_____ Krafftfahrt-Haftpflicht-Schaden-Nr: _____
 _____ Krafftfahrt-Vollkasko-Schaden-Nr: _____
 _____ Krafftfahrt-Teilkasko-Schaden-Nr: _____

1. Versichertes Fahrzeug

Art des Fahrzeugs	Hersteller	Nr.d.Fahrgestells	kW	Hubraum ccm	Plätze	zuläss.Gesamtgewicht
Tag d.Erstzulassung	Amtl.Kennzeichen	bez.Kaufpreis d.Fahrzeugs	Sonderaufbau Wert in €	km-Gesamtleistung	Anz.Vorbesitzer	Sicherungsgläubiger
Das versicherte Fahrzeug wurde zur Zeit des Schadenereignisses verwendet	zur Privatfahrt <input type="checkbox"/>	im Werknahverkehr <input type="checkbox"/>	zur Treibstoff- oder Heizölbeförderung <input type="checkbox"/>	Wurde ein Anhänger oder Auflieger mitgeführt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	zur Geschäftsfahrt beim Rennsport <input type="checkbox"/>	im Werkfernverkehr <input type="checkbox"/>	zur Beförderung anderer gefährlicher Stoffe <input type="checkbox"/>	Wurden Güter/Personen gegen Entgelt befördert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
als Mietwagen <input type="checkbox"/>	im Güternahverkehr <input type="checkbox"/>	im grenzüberschreitenden Güternahverkehr <input type="checkbox"/>				
als Taxi <input type="checkbox"/>	im Güterfernverkehr <input type="checkbox"/>	im Möbelfernverkehr <input type="checkbox"/>				
als Selbstfahrervermietwagen <input type="checkbox"/>						
Zielort der Fahrt?						

2. Schadentag und -ort

Am	um	Straße, Kreuzung, PLZ, Ort
----	----	----------------------------

3. Wer lenkte das versicherte Fahrzeug zur Zeit des Schadenfalles?

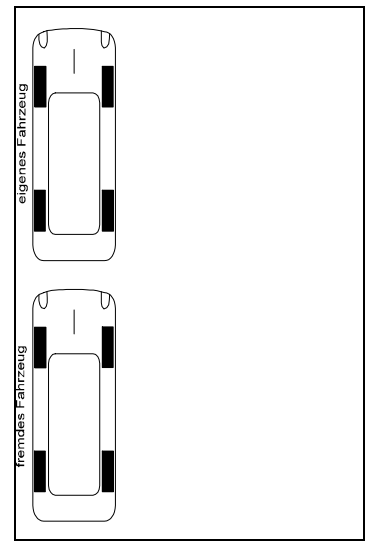
Name, Vorname	Straße		PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Führerschein (Klasse) ausgehändigt am	durch (Ausstellungsbehörde)	Listen-Nr.
Sonderführerschein für Omnibus, Taxi, Mietwagen (§15 d. StVZO)	gültig bis	ausgestellt durch (Ausstellungsbehörde)	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wurde das Fahrzeug mit Ihrer Zustimmung benutzt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nur bei Personenschäden:	Welchem Zweck diente die Fahrt?
Hatte der Fahrer Alkohol genossen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, hat eine Blutuntersuchung stattgefunden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, Ergebnis _____ %o Blutalkoholgehalt

4. Unfallgegner

Name, Vorname	Straße		PLZ, Wohnort
Art des Fahrzeuges	Hersteller	Amtliches Kennzeichen	Kaskoversichert bei (Gesellschaft) Vers.-Schein-Nr.:
Wo kann das Fahrzeug des Unfallgegners besichtigt werden?			Unverbindlich geschätzte Höhe der Reparaturkosten? €
	Welche sonstigen Sachen wurden beschädigt?		Unverbindlich geschätzte Höhe? €
Weitere am Unfall Beteiligte			Evtl. Amtliches Kennzeichen

5. Schilderung des Schadenereignisses

Wurde eine Anzeige aufgenommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Polizeidienststelle Aktenzeichen:	Wer wurde gebührenpflichtig verwarnet oder erhielt einen Bußgeldbescheid?	Wurde Ihr Fahrzeug nach dem Schadenereignis im Auftrage der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft durch einen Sachverständigen überprüft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welche Personen - auch eingene Insassen und Verwandte - sind Zeugen des Ereignisses? Name und Anschrift	Insasse im versicherten Fahrzeug? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie eigene Ansprüche angemeldet und ggf bei welcher Gesellschaft?	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welcher Rechtsanwalt vertritt Sie ggf.?	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



6. Zusätzlich bei Personenschäden ausfüllen

Nähere Angaben über Verletzte	Für Angaben über mehr als zwei Personen ein Blankoblatt benutzen!			
Name, Vorname, geboren am				
Beruf				
Anschrift				
Art der Verletzungen				
Familienstand	led. <input type="checkbox"/>	verh. <input type="checkbox"/>	verw. <input type="checkbox"/>	gesch. <input type="checkbox"/>
Namen und Anschriften der Ärzte oder Krankenhäuser				
Kranken-/Unfallversicherung				
War der Verletzte beruflich unterwegs oder auf dem Wege von oder zur Arbeit? Ist er Ihr Arbeitskollege?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Insasse vorn <input type="checkbox"/>		hinten <input type="checkbox"/>	
	Lenker <input type="checkbox"/>			
Wie nahm der Verletzte am Verkehr teil?	Fußgänger <input type="checkbox"/>	Radfahrer <input type="checkbox"/>	Eigener Insasse <input type="checkbox"/>	fremder Insasse <input type="checkbox"/>
	Wie sonst?		Wie sonst?	

7. Zusätzlich bei Kasko-Schäden ausfüllen

Welche Teile des eigenen Fahrzeuges sind beschädigt oder entwendet worden und welche Art sind die Beschädigungen?		Im Falle der Entwendung der einzelnen Teile: Wie waren diese am Fahrzeug befestigt?		
Wie war das Fahrzeug gegen Diebstahl gesichert? Fenster geschlossen <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen <input type="checkbox"/> durch Kette und Schloß <input type="checkbox"/> Türen abgeschlossen <input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt <input type="checkbox"/>		Wo befanden sich die Reservereschlüssel?	Wo befanden sich die Fahrzeugpapiere?	Ist das Fahrzeug früher schon beschädigt worden? Evtl. wann?
Welche Firma soll die Reparatur ausführen?		Wie hoch schätzen Sie den Gesamtschaden? €		
Wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?		Befanden sich Fahrzeug und Bereifung im verkehrssicheren Zustand? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Besteht Kaskoversicherung? Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung mit € oder ohne <input type="checkbox"/>	bei welcher Gesellschaft und unter welcher VS-Nr. ist der Gegner haftpflichtversichert?	Gesellschaft:	Versicherungsschein-Nr.:
Besteht eine Verkehrs-Service-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Dienstreise-Kasko-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, Name der Gesellschaft		Versicherungsschein-Nr.:
Betreff Mehrwertsteuer: Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Voll oder teilweise? ja, voll <input type="checkbox"/> ja, teilweise <input type="checkbox"/> % nein <input type="checkbox"/>	Gehört das Fahrzeug zu Ihrem Betriebsvermögen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ich nehme meine Kaskoversicherung in Anspruch <input type="checkbox"/> nicht in Anspruch <input type="checkbox"/>		Letztfällige Prämie vor Eintritt des Schadens gezahlt am:
Die Kaskoentschädigung bitte auf folgendes Konto überweisen:				
Den Kasko-Entschädigungsbetrag bitte ich zu zahlen durch Verrechnungsscheck <input type="checkbox"/>	Zahlungsempfänger	Anschrift der Bank, BLZ		Konto-Nr.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers