Schadenanzeige

Kraftfahrzeughaftpflicht- und Kasko-Schadenfälle

WACOGROUP
Insurance- & Claim-Services since 1897
W. Ahrendt & Co.

Bitte zurücksenden an:

W. Ahrendt & Co GmbH
Schadenabteilung
Tiedenkamp 33

24558 Henstedt-Ulzburg

Schaden-Nr. : _____ Versicherungsschein-Nr. : _____

Vers.nehmer : _____

Schadentag : _____

Schadenort : _____

Hinweis:
Bitte beantworten Sie alle Fragen. Sie ersparen sich damit eventuell notwendige Rückfragen. Wir bitten daher vielmals um Verständnis. Für Ihre Bemühungen danken wir im voraus.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Schadenabteilung
W. Ahrendt & Co. GmbH

Schadenanzeige für KFZ-Haftpflicht- und Kaskoschäden

Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, und zwar auch dann, wenn ein anderer die Niederschrift vornimmt. Alle Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Umstände, nach denen er nicht gefragt worden ist, die aber wesentlich sind, sind ebenfalls bekannt zu geben. Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der letzten Seite.

1. Bezeichnung Ihres Kraftfahrzeuges

1.1 Fahrzeugart:_____ Hersteller:_____ Typ/Modell:_____

Fahrgestell-Nr:_____ Tag d. Erstzulassung:_____

KM-Stand am Schadentag:_____

Verwendung des Fahrzeugs zum Schadenzeitpunkt:
Privat ( ) gewerblich und zwar als ...
Mietwagen ( ) Taxi ( )
Güter- oder Werkfernverkehr ( ) Güter- oder Werknahverkehr ( )

1.2 Wann hat sich der Schaden ereignet?

- Datum:_____ Uhrzeit:_____
- Wo hat sich der Schaden ereignet? (Genaue Orts- und Straßenangabe)

  _____
- Welchem Zweck diente die Fahrt?_____
- Wie waren die Witterungsverhältnisse?_____
- Welche Geschwindigkeit hatte Ihr Fahrzeug?_____
- Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt?_____
- Wurde die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen ausgeführt? ja ( ) nein ( )
- Haben Sie sich die Fahrerlaubnis vorlegen lassen? ja ( ) nein ( )
- In welcher Beziehung steht der Fahrer zu Ihnen (Verwandtschaft, Mitarbeiter etc.)?

  _____
- Hat der Fahrer in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Betäubungsmittel zu sich genommen? ja ( ) nein ( )
  Falls ja, wieviel:_____
- Welchen Führerschein hatte der Fahrer zum Schadenzeitpunkt?

  Klasse:_____ Ausstellungsdatum:_____

  Führerschein-Nr.:_____ Ausstellende Behörde:_____
- Wer hat den Unfall verschuldet - Bitte begründen Sie Ihre Auffassung (ggf. bitte zusätzliches Blatt verwenden)

  _____

1.3 Bitte schildern Sie ausführlich den Schadenhergang (bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.4 Vorschäden ja ( ) nein ( ) Wenn ja, welche ? _____

1.5 Wurde der Schaden der POLIZEI gemeldet bzw. polizeilich aufgenommen?

(Datum/Uhrzeit) (Dienststelle) (AZ/Tagebuch-Nr.) (Sachbearbeiter)

Bitte legen Sie sämtliche Unterlagen, die Sie der Ermittlungsbehörde zur Verfügung gestellt oder von dieser erhalten haben in Fotokopie bei.

Wer wurde ggf. polizeilich verwarnt bzw. gegen wen wurde ein Verfahren

eingeleitet?_____

Polizeilich verwarnt wurde....._____

Blut-/Urinuntersuchung bei ....._____

Anzeige wegen Fahrerflucht gegen._____

Wurde Fphrerschein beschlagnahmt?_____

2. Zeugen
==========

Bitte geben Sie Namen und Anschriften von Zeugen bekannt:

_____

_____

3. Bei Beschädigung fremder Sachen:
==========

3.1 Name und Anschrift des/der Geschädigten:_____

_____

3.2 Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt? ( ) ja ( ) nein

falls ja, in welchem Verhältnis?_____
Lebt er mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? ( ) ja ( ) nein

3.3 Was wurde wie beschädigt? Welche sichtbaren Schäden haben Sie festgestellt?

_____

_____

3.4 Waren die Insassen angeschnallt? ja ( ) nein ( )
Bei Motorradbeteiligung: Wurde ein Helm getragen? ja ( ) nein ( )

4. Bei Körperverletzung oder Tötung
==========

4.1 Name der verletzten/getöteten Person:_____

Geburtsdatum:_____ Beruf:_____ Familienstand:_____

Anschrift:_____ Telefon:_____

4.2 Welche Verletzungen liegen vor?_____

4.3 Wo befindet sich die verletzte/getötete Person?_____

_____

4.4 Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses:_____

_____

5 Nur bei Kasko-Schäden ausfüllen
==========

5.1 Sind Sie Unternehmen? ja ( ) nein ( )

5.2 Gehört das Fahrzeug zu Ihrem Betriebsvermögen? ja ( ) nein ( )

5.3 Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt? ja ( ) nein ( )

5.4 Welche sichtbaren Schäden haben Sie an Ihrem Fahrzeug festgestellt?

_____

5.5 Hatte Ihr Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt unreparierte Vorschäden?

ja ( ) nein ( ), falls ja, welche:_____

5.6 Wo kann Ihr Fahrzeug ggf. besichtigt werden? _____

_____

5.7 Machen Sie ebenfalls Ansprüche geltend? ( ) ja ( ) nein

falls ja, bei wem?_____

5.8 Haben Sie bereits einen Anwalt beauftragt? ( ) ja ( ) nein

falls ja, bitte Namen, Anschrift und AZ angeben:_____

_____

Die erforderlichen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetztes gespeichert.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, daß die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, daß der Versicherer bei unwahren oder unvollständigen Angaben berechtigt ist, dem Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz zu versagen, und zwar auch dann, wenn durch die unwahren oder unvollständigen Angaben dem Versicherer kein Schaden entstanden ist oder künftig auch nicht entstehen wird. Ohne Zustimmung der Gesellschaft dürfen Ansprüche weder anerkannt noch Entschädigungszahlungen geleistet werden. Alle in dieser Angelegenheit eingehenden Schriftstücke sind sofort der Gesellschaft oder W. Ahrendt & Co. GmbH einzureichen, insbesondere Klagen, Mahnbescheide, Armenrechtsgesuche; gegen Mahnbescheide ist zuvor fristgerecht Widerspruch einzulegen, falls wir keine andere Weisung erteilen.

_____ _____ _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift/Stempel)