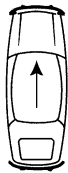


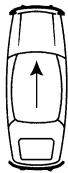
**1. Versicherungsnehmer:**

<p>Name, Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Geb.-Datum: _____ Beruf: _____</p> <p>Tel. tagsüber: _____ Fax: _____</p> <p><b>Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Welche Sparte möchten Sie in Anspruch nehmen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vollkasko    <input type="checkbox"/> Teilkasko    <input type="checkbox"/> Schutzbrief-Versicherung</p> <p>Schadentag: _____ Uhrzeit: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p><b>Angaben zu Ihrem Fahrzeug:</b></p> <p>amtl. Kennzeichen: _____ 1. Zulassung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PKW    <input type="checkbox"/> LKW    <input type="checkbox"/> Anhänger    <input type="checkbox"/> Krad</p> <p>Hersteller: _____ Typ: _____</p> <p>Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____</p> <p>Gesamtlauflistung in km: _____</p> <p>Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeugs?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Steht Ihr Kfz nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Beschädigungen am <u>eigenen</u> Fahrzeug – Bezeichnung der beschädigten Teile:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>unreparierte Vorschäden?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Art der Beschädigungen: _____</p> <p>_____</p> <p>reparierte Vorschäden?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja mit DM/EUR _____</p> <p>Schäden beim Vorbesitzer?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja <small>(Bei Beträgen DM oder EUR streichen.)</small></p>
<p>Zweck der Fahrt:    <input type="checkbox"/> Privatfahrt    <input type="checkbox"/> Dienstfahrt</p> <p>                                  <input type="checkbox"/> Nahverkehr    <input type="checkbox"/> Fernverkehr</p>	<p>Besteht eine Verkehrs-Service-Versicherung (Schutzbrief?)</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bei welcher Gesellschaft?</p> <p>_____</p>
<p>Entfernung Schadenort – Wohnort    _____ km</p>	

**2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt**

<p>Name, Vorname: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p>	<p>Geb.-Dat.: _____</p> <p>_____</p>
<p>Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    Klasse: _____</p> <p>Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Entscheidet d. Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant?)    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Alkoholgenuss?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰</p> <p>Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	

**3. Andere Unfallbeteiligte:**

<p>Name, Anschrift:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>amtl. Kennzeichen: _____</p> <p>Tel. tagsüber: _____</p>	<p>Beschädigungen am Fahrzeug:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherer: _____</p>
<p>Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>deren amtl. Kennzeichen: _____</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Anzahl: _____</p>

<b>4. Ausführliche Schadenschilderung</b>	
4.1 Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h      Vorgeschriebene Geschwindigkeit am Unfallort? _____ km/h Zustand der Fahrbahn: <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> Zielort der Fahrt? _____ (nur Schutzbrief)	
4.2 Schilderung:          	
Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verschuldet? _____ _____ _____	Stellen Sie auch bei der gegnerischen Haftpflichtversicherung Ansprüche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei wem?

<b>5. Zeugen, Polizei:</b>		
Gesamtanzahl der Insassen  _____ (mit Fahrer)	Insassen im eigenen Fahrzeug (Namen, Anschriften) _____ _____ _____	Polizeilich aufgenommen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Polizeidienststelle (bitte vollständige Anschrift angeben): _____ _____ Tagebuch-Nr.: _____
weitere Zeugen (Namen und Anschriften) _____ _____ 		Verfahren (Verwarnung, Anzeige, Bußgeld) gegen: _____ _____ 

<b>6. Für alle Schäden</b>	
Zu welchem Preis wurde das Kfz von Ihnen erworben? _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> EUR Verkäufer (Name, Anschrift): _____ _____ 	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt eine Bank-Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegt eine sonstige Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im gegebenen Fall ist uns von Ihnen 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 das Fahrzeug besichtigt werden? _____ voraussichtliche Schadenhöhe? _____ EUR	<b>Ihr Abrechnungswunsch:</b> <input type="checkbox"/> nach Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> nach Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> nach Gutachten Forderung ist abgetreten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Ihre Bankverbindung:</b> Institut: _____ Konto-Nr.: _____   BLZ: _____

<b>7. Zusatzfragen bei Diebstahlschäden: Unbedingt auch Ziffer 4.2 beantworten</b>	
Wann wurde das Fahrzeug abgestellt? Datum: _____   Uhrzeit: _____	Wann wurde der Diebstahl bemerkt? Datum: _____   Uhrzeit: _____
Genauere Anschrift und Beschreibung (z. B. Parkhaus, Werkstatt, Autobahnrastplatz, Pendlerparkplatz) des Abstellorts: _____	
Was wurde entwendet? (Alter, Kaufpreis bitte angeben und Originalrechnung beifügen) _____	
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