



2	Kennzeichen	Fahrgestellnummer	Erstzulassung lt. Kfz.-Brief	Ist die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen durchgeführt worden?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenes Fahrzeug	Hersteller des Fahrzeugs		Typ des Fahrzeugs (Verkaufsbezeichnung)		
(Nur bei Kraftfahrt-Haftpflicht und Kasko)	Verwendungsart	<input type="checkbox"/> Eigenverwendung <input type="checkbox"/> als Droschke <input type="checkbox"/> als Mietwagen	<input type="checkbox"/> als Selbstfahrermietwagen <input type="checkbox"/> im Güternahverkehr <input type="checkbox"/> im	<input type="checkbox"/> im Werknahverkehr <input type="checkbox"/> im Werkfernverkehr <input type="checkbox"/> mit Anhänger	Anzahl der Achsen
	3	Fabrikneu erworben?	Güterfernverkehr	Schadenhöhe ca. in Euro	
Schaden am eigenen Fahrzeug (nur bei Kasko)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kaufpreis in Euro		
	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)?		Haben Sie eine Rechtschutz-Verkehrs-Service-Versicherung?		Versicherungs-Nummer
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
	Wo kann die Besichtigung erfolgen? (Name, Anschrift)				Telefon - tagsüber -
					( )
	Hatte das Fahrzeug reparierte oder unreparierte Vorschäden?				Km-Leistung des Fahrzeugs am Schadentag
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Höhe, Umfang, repariert?):			
Nur bei Entwendung angeben	Warder Zündschlüssel abgezogen?	Waren alle Fenster und Türen ordnungsgemäß verschlossen?	War ein Lenkrad-/Lenkerschloß vorhanden und betätigt?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Welche Sicherungsmaßnahmen ergriffen Sie sonst?				
	Stand Ihr Fahrzeug auf einem bewachten Parkplatz? (Dann bitte Gebührensatz beifügen.)	Befand sich Ihr Fahrzeug in fremdem Gewahrsam (Hotelgarage, Werkstatt..)?			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4	Vor- und Zuname	Anschrift			
Anspruchsteller					
(Nur bei Kraftfahrt-Haftpflicht und Haftpflicht)	Beruf	Telefon - tagsüber -			
	( )				
	Handelt es sich dabei um einen Angehörigen (z. B. Eltern, Kinder, Ehegatten, Pflegekinder usw.)?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, es handelt sich um			
Fremder Personenschaden	Wann wurden Sie persönlich zum erstenmal auf Schadenersatz in Anspruch genommen		Ist der Schaden bei einer Arbeit entstanden, die Ihnen vom Geschädigten übertragen wurde?		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremder Sachschaden	Liegt ein Personenschaden vor?		Stand Verletzte(r) zur Zeit des Unfalls bei Ihnen in Arbeit?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Welche Verletzungen?				
	Was ist beschädigt?				
	Wer ist Eigentümer?				
5	Anschrift des Halters			Kennzeichen	
Schaden am fremden Fahrzeug / Unfallbeteiligte (Bei Kraftfahrt-Haftpflicht, Kasko, und Haftpflicht)					
	Wer ist Versicherer der/des fremden Fahrzeuge(s)?			Versicherungs-Nummer	
6	Welcher Arzt leistete erste ärztliche Hilfe? (Vor- und Zuname)			Datum, Uhrzeit	
Unfall / Insassen-Unfall					
	Anschrift				
	Welche Verletzungen?				
	Welcher Arzt / welches Krankenhaus hat bei Unfallfolge weiterbehandelt?			stationär von	bis
	Bei welchem anderen Versicherer besteht noch eine Unfallversicherung? (Name und Anschrift)				
	Versicherungs-Nummer		Versicherungssummen		
Bei Insassen-Unfall angeben	Wieviele Insassen?		Wer von den Kfz.-Insassen war zum Unfallzeitpunkt angeschnallt?		
Schweigepflicht	Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiemit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung				
	beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.				
7	Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer			dadurch kein Nachteil entsteht.	
Rechtsfolgenhinweis	Ort, Datum			Bei etwaigen Rückfragen bin ich telefonisch - tagsüber - zu erreichen	
				( )	
Unterschrift	Versicherungsnehmer			Versicherte Person (bei Unfall)	