

# Schadenmeldung Kfz (Kasko)



Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die ConceptIF, Barmbeker Str. 2-6, 22303 Hamburg  
 Fax: 040 696355-389, E-Mail: schaden@conceptif.de, Tel.: 040 696355-380

Versicherer	Policennummer	Schadennummer

**Für welche Sparte reichen Sie den Schaden ein?**

Vollkasko     
  Teilkasko     
  Schutzbrief     

**Versicherungsnehmer:**

<p><input type="text"/> Vorname, Name</p> <p><input type="text"/> Straße, Hausnummer</p> <p><input type="text"/> Postleitzahl, Ort</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Telefon                      E-Mail</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Beruf                              Geburtsdatum</p>	<p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Anhänger Amtl. Kennzeichen</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Hersteller                      Typ</p> <p><input type="text"/> Fahrzeug-Ident-Nr.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Gesamtlauflistung in km              Wo ist Ihr Fahrzeug nachts abgestellt?</p> <p>Sind Sie Erstbesitzer?                      <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?              <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?              <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
--	---

**Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Vielen Dank!**

**Wann und wo ist der Schaden eingetreten? In welchem Zusammenhang waren Sie mit dem Fahrzeug unterwegs?**

Privat  Weg zur Arbeitsstätte  berufliche Tätigkeit  
 Datum                      Uhrzeit

Schadenort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Entfernung vom Wohnort zum Schadenort      Zielort der Fahrt      Vorgeschr. Geschwindigkeit am Unfallort      Geschwindigkeit vor dem Unfall

Zustand der Fahrbahn:     nass     trocken     vereist     sonstiges

**Genauere Schilderung des Schadenhergangs – ggf. weitere Erläuterungen und Skizze auf Extrablatt beifügen.**

**Waren Zeugen anwesend?**

Augenzeugen	Zeuge 1	Zeuge 2	Zeuge 3
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verbindung des Zeugen zu Ihnen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Übersteigt ein Entwendungs-, Brand- oder Wildschaden 250 € ist unverzüglich bei der Polizei Anzeige zu erstatten.**

## Fahrer Ihres Kfz bei Unfalleintritt / Polizeiliche Schadenaufnahme

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) des Fahrers	Geburtsdatum
Steht der Fahrer in einem privaten oder beruflichen Verhältnis zu Ihnen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
Führerschein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, Art des Verhältnisses
Benutzte er Ihr Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
Wurde der Unfall polizeilich erfasst? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Klasse <input type="text"/>
	Besteht der Verdacht der Fahrerflucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="text"/>
	Dienststelle <input type="text"/>
	Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. <input type="text"/>
<input type="text"/>	
In welchem Umfang hat der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Drogen konsumiert?	
Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
	Ergebnis
Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
	Gesamtanzahl der Insassen (ohne Fahrer)
<input type="text"/>	
Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	
Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	
Name, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	
Gebührenpflichtige Verwarnungen haben erhalten:	

## Zusatzfragen bei Entwendungsschäden (zusätzliche Diebstahlsicherungen bitte gesondert angeben)

Wann wurde das Fahrzeug abgestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
Wann wurde er Diebstahl bemerkt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
<input type="text"/>		
Genauere Anschrift des Abstellortes		
Waren die Fahrzeugschlüssel abgezogen und das Lenkrad eingerastet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Waren die Türen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Waren die Türen Scheiben, Schiebe-/Faltdach geschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="text"/>		
Welche Teile Ihres Fahrzeugs wurden entwendet oder beschädigt?		
<input type="text"/>		
Wert der entwendeten Teile bzw. Reparaturkosten? (Möglichst Kostenvoranschlag beifügen)		
<input type="text"/>		
Wann und wo ist das beschädigte Fahrzeug zu besichtigen? (Anschrift und Telefonnummer der Werkstatt)		
Wurde bereits ein Reparaturauftrag erteilt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gehörte das beschädigte Fahrzeug zum Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist das Fahrzeug sicherungsübereignet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>
		Wenn ja, an wen? Bitte reichen Sie eine Bestätigung des Sicherungsgläubigers ein, dass er mit der Zahlung an Sie oder Dritte einverstanden ist.

## Bei Zusammenstoß mit einem anderen Fahrzeug

<input type="text"/>
Amtliches Kennzeichen
<input type="text"/>
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) des Fahrers
<input type="text"/>
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) des Halters
<input type="text"/>
Versicherer und Policennummer seiner Kfz-Haftpflichtversicherung

### Weitere Angaben zum Fahrzeug

Gibt es nicht reparierte Vorschäden?

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Gibt es Schäden beim Vorbesitzer?

Nein  Ja

Wenn ja, mit welchem Wert?

Besteht eine Verkehrs-Service-Versicherung (Schutzbrief)?

Nein  Ja

Bei

Nummer

Ihr Kaufpreis für das Fahrzeug betrug (€)

### Auf welches Konto soll eine fällig werdende Entschädigung überwiesen werden

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Wie ist der Zahlungsempfänger tagsüber telefonisch zu erreichen?

### Datum und Unterschrift (zwingend erforderlich)

**Ich bin einverstanden, dass das versichernde Unternehmen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten einsehen kann. Sie bestätigen als Versicherungsnehmer die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, auch wenn ein anderer sie niederschreibt. Unrichtige Angaben können, je nach Schwere des Verschuldens, zumindest teilweise zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen.**

Ort, Datum

Unterschrift