

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:

Bitte bei allen Zuschriften unbedingt angeben:

Schaden-Nr.	Versicherungsschein-Nr.
Kfz-Kennzeichen	km-Stand

Kraftfahrt-Schadenanzeige

Haftpflichtversicherung Fahrzeugversicherung (Kasko)

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

1. Schadentag	Uhrzeit	Ort	Strasse	Land

2. Fahrer des versicherten Fahrzeugs

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift: PLZ/Ort	Straße/Nr.	Telefon/ Mobil
Führerscheinklassen	ausgestellt am / Behörde	E-Mail

Gültige Fahrerlaubnis zum Schadentag?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stand der Fahrer unter Einfluss von Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche?	_____
Welche?	_____
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blieb der Fahrer an der Unfallstelle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ergebnis:	_____ ‰

3. Schadenschilderung (Hergang) – gegebenenfalls gesondertes Blatt und Skizze beifügen

4. Halten Sie sich für schuldig

Stellen Sie eigene Ansprüche?

nein ja teilweise
 nein ja



FKF-Z1000

5. Angaben zum Geschädigten

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Anschrift: PLZ/Ort	Straße/Nr.	Telefon/ Mobil
_____	_____	_____
amtl. Kfz-Kennzeichen	Hersteller	Modell
_____	_____	_____

6. Polizei-/Zeugen

Polizeidienststelle, Adresse

Tagebuch-Nr. / Aktenzeichen

Verfahren (Anzeige, Bußgeld) gegen

Zeugen (Namen, Anschriften)

7. Angaben zu Personenschäden

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Anschrift: PLZ/Ort	Straße/Nr.	Telefon/ Mobil
_____	_____	_____
Art der Verletzungen	Lebt der Geschädigte mit dem Fahrer in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____	Ist der Geschädigte mit Ihnen oder mit dem Fahrer verwandt/verschwägert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verwandtschaftsverhältnis	Hatte der Verletzte den Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Zusatzfragen beim Fahrzeugschaden

Kollisionsschaden Diebstahl Glasbruch Elementarschaden Brand Wild Wirbeltiere

Angaben zum versicherten Fahrzeug

Kaufpreis/-datum Erstzulassung Was wurde beschädigt?

Reparaturkosten Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden? (Anschrift und Telefon-Nr.)

Totalschaden? ja nein Hat das Fahrzeug Vorschäden? ja nein Vorschäden repariert? ja nein

Anzahl / Art der Vorschäden:

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja nein Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Ist Ihr Fahrzeug finanziert oder geleast? ja nein Anschrift der Gesellschaft

Die Entschädigung soll überwiesen werden:

Kontoinhaber BLZ Konto-Nr.

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten für die Bearbeitung des Schadens speichert und diese – sofern notwendig – an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.

Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat.

Ich bin einverstanden, dass die Basler Securitas Versicherungen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten, die den angezeigten Schadenfall betreffen, einsehen können.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmer Unterschrift des Fahrers