

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 | welche?   |   |
| Medikamente?                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | welche?   |   |
| Wurde eine Blutprobe entnommen?              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ergebnis: | ‰ |
| 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 |           |   |

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. Halten Sie sich für schuldig

Stellen Sie eigene Ansprüche?

nein    ja    teilweise  
 nein    ja



## 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<br>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 |