

Kraftfahrzeug-Schadenmeldung

KFZ-Haftpflicht Kasko Insassen-Unfall D.A.S.-Rechtsschutz

Bitte vollständig ausfüllen und an die
ERGO Versicherung Aktiengesellschaft einsenden.

Polizzenummer
Schadennummer

Versicherungsnehmer	Zuname, Vorname/Titel	Geb. Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsbürgerschaft		
	Plz. Ort	Tel. tagsüber	Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)	E-Mail Adresse				
Lenker des KFZ	Zuname, Vorname/Titel	Geb. Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsbürgerschaft		
	Plz. Ort	Tel. tagsüber				
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)	E-Mail Adresse				
	Führerscheindaten (Ausstellungsdatum, Gruppen, Einschränkungen), Ausstellungsbehörde					
Eigene KFZ-Daten	Art, Marke, Type	Erstzulassung		Farbe		
	Kennzeichen	Leasing <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Leasingunternehmen		

Gegner	Zuname, Vorname/Titel	Geb. Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsbürgerschaft		
	Plz. Ort	Tel. tagsüber	Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)	E-Mail Adresse				
	Eigentümer des geg. KFZ, Anschrift					
KFZ-Daten des Gegners	Art, Marke, Type	Erstzulassung		Farbe		
	Kennzeichen	Leasing <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Leasingunternehmen		
	KFZ-Haftpflichtversicherung	Polizzen Nr.	Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Kaskoversicherer		

Unfalldaten	TAG DES UNFALLES	Ort	Uhrzeit	VERLETZTE <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Name, Anschrift, Alter d. Verletzten		Behördliche Aufnahme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Aufnehmende Behörde	
	Sonstige Schäden				
	Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – Insassen bitte unterstreichen)				
	Wo kann Ihr KFZ besichtigt werden?	Lag Alkoholisierung vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Blutprobe? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Wir ersuchen Sie auf der Rückseite dieses Formulars einen möglichst genauen Bericht über die Ursachen und den Hergang des Vorfalles abzugeben. Sie ermöglichen uns damit eine rasche Erledigung dieser Angelegenheit.

Unfallhergang:

Sollten Sie mit diesem Platz nicht auskommen – Beiblatt verwenden.

Bitte Zutreffendes ankreuzen!			
Ihr KFZ		Fremdes KFZ	
	<input type="checkbox"/> Fahrzeug war abgestellt		<p>Bitte kennzeichnen Sie die beschädigten Teile des KFZ</p> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>Ihr KFZ →</p> </div> <div> <p>Fremdes KFZ →</p> </div>
	<input type="checkbox"/> setzte sich in Fahrt		
	<input type="checkbox"/> hielt an		
	<input type="checkbox"/> fuhr aus dem Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus		
	<input type="checkbox"/> bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein		
	<input type="checkbox"/> bog in den Kreisverkehr ein		
	<input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr		
	<input type="checkbox"/> fuhr auf		
	<input type="checkbox"/> fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur		
	<input type="checkbox"/> wechselte die Spur		
	<input type="checkbox"/> überholte		
	<input type="checkbox"/> bog rechts ab		
	<input type="checkbox"/> fuhr rückwärts		
	<input type="checkbox"/> fuhr in die Gegenfahrbahn		
	<input type="checkbox"/> kam von rechts		
	<input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht		

Die Zahlung einer Entschädigung hätte zu erfolgen an

- Versicherungsnehmer
 Reparatur-Werkst.

Bank:
 Konto-Nr.:

Wir ermächtigen die ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Einsicht in alle den Unfall betreffenden Akten (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Unterschrift des Lenkers

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers