

**Bitte Versicherungsschein-/Schadennummer angeben:**

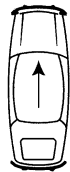
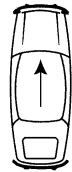
---

**Bitte beachten!**  
Damit dieser Vordruck **zugeordnet** werden kann, bitten wir Sie, **unbedingt** das Etikett unseres Anschreibens hier aufzukleben oder ggf. die Schadennummer anzugeben.

Vermittler: \_\_\_\_\_

**1. Versicherungsnehmer:**

<p>Name, Anschrift: _____          _____          _____          _____</p> <p>Geb.-Datum: _____ Beruf: _____          Tel. tagsüber: _____ Fax: _____</p> <p><b>Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beschädigungen am <u>eigenen</u> Fahrzeug –          Bezeichnung der beschädigten Teile: _____          _____          _____</p> <p>Zweck der Fahrt:    <input type="checkbox"/> Privatfahrt    <input type="checkbox"/> Dienstfahrt                                    <input type="checkbox"/> Nahverkehr    <input type="checkbox"/> Fernverkehr</p> <p>Entfernung Schadenort – Wohnort                    _____ km</p>	<p><b>Bitte beachten Sie auch das beigefügte Merkblatt</b></p> <p><b>Welche Sparte möchten Sie in Anspruch nehmen?</b>  <input type="checkbox"/> Vollkasko    <input type="checkbox"/> Teilkasko    <input type="checkbox"/> Schutzbrief-Versicherung</p> <p>Schadentag: _____ Uhrzeit: _____          Ort: _____</p> <p><b>Angaben zu Ihrem Fahrzeug:</b>          amtl. Kennzeichen: _____ 1. Zulassung: _____  <input type="checkbox"/> PKW    <input type="checkbox"/> LKW    <input type="checkbox"/> Anhänger    <input type="checkbox"/> Krad          Hersteller: _____ Typ: _____          Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____          Gesamtlauflistung in km: _____          Sind Sie Erstbesitzer des Fahrzeugs?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Steht Ihr Kfz nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>unreparierte Vorschäden?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Art der Beschädigungen: _____          _____</p> <p>reparierte Vorschäden?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja mit DM/EUR _____          Schäden beim Vorbesitzer?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja  <small>(Bei Beträgen DM oder EUR streichen.)</small></p> <p>Besteht eine Verkehrs-Service-Versicherung (Schutzbrief?)  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Bei welcher Gesellschaft?          _____</p>
--	---



**2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt**

<p>Name, Vorname: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>	<p>Geb.-Dat.: _____</p> <p>Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    Klasse: _____          Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Entscheidet d. Fahrer über den Gebrauch des Kfz allein (Repräsentant?)    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein          Alkoholgenuss?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ ‰          Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt?                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
---	---

**3. Andere Unfallbeteiligte:**

<p>Name, Anschrift: _____          _____          _____</p> <p>aml. Kennzeichen: _____          Tel. tagsüber: _____</p>	<p>Beschädigungen am Fahrzeug: _____          _____          _____</p> <p>Versicherer: _____</p>
<p>Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein                    Anzahl: _____          deren aml. Kennzeichen: _____</p>	

