

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.

Ihr KFZ	Bitte Zutreffendes ankreuzen!	Fremdes KFZ	
	Fahrzeug war abgestellt		<p style="text-align: center;">Bitte kennzeichnen Sie die beschädigten Teile des KFZ</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">Ihr KFZ →</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Fremdes KFZ →</div> </div>
	setzte sich in Fahrt		
	hielt an		
	fuhr aus dem Parkplatz, privatem Grundstück oder Feldweg aus		
	bog in Parkplatz, privates Grundstück oder Feldweg ein		
	bog in den Kreisverkehr ein		
	fuhr im Kreisverkehr		
	fuhr auf		
	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur		
	wechselte die Spur		
	überholte		
	bog rechts ab		
	fuhr rückwärts		
	fuhr in die Gegenfahrbahn		
	kam von rechts		
	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