

Schadenanzeige für Kraftfahrzeug-Haftpflichtschäden

Versicherungs-Nummer:

Versicherungsnehmer/in:

Öffentliche Versicherungen Oldenburg · 26113 Oldenburg

Telefonnummer:

Schadentag	Uhrzeit
Amtliches Kennzeichen des versicherten Fahrzeugs	
Fahrzeugidentifizierungsnummer	
km-Stand am Schadentag	

Fahrer war

- ☐ Versicherungsnehmer
☐ Ehepartner/Lebensgefährte

- ☐ Sohn/Tochter
☐ Sonstige _____

Geburtsdatum des Fahrers _____

Waren Sie mit der Fahrt einverstanden?

- ☐ ja ☐ nein

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Entfernte er sich unerlaubt vom Unfallort?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Stand er unter Alkohol- oder Drogeneinfluss?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wurde eine Blutprobe entnommen?

- ☐ ja _____ ‰ ☐ nein ☐ unbekannt

Schadenort _____

Schadenhergang (evtl. auch Zusatzblatt nutzen)

Ist der Schaden polizeilich aufgenommen worden?

- ☐ ja ☐ nein

Polizeidienststelle/Tagebuch-Nr. _____

Erfolgte die Aufnahme im vereinfachten Verfahren? (wenn ja, bitte Kopie beifügen)

- ☐ ja ☐ nein

Zeugen (Name, Anschrift)

Wen trifft nach Ihrer Meinung ein Verschulden?

- ☐ selbst bzw. den eigenen Fahrer allein
☐ nur den Anspruchsteller (Unfallgegner)

- ☐ selbst bzw. den eigenen Fahrer und den Anspruchsteller
☐ fraglich

Machen Sie eigene Ansprüche beim Anspruchsteller geltend?

- ☐ ja ☐ nein

Anspruchsteller

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon tagsüber _____

Versicherung des Anspruchstellers _____

Was wurde beschädigt? _____

Alter und Zustand der beschädigten Sache _____

Voraussichtliche Schadenhöhe/Reparaturkosten _____

EUR

Bei KFZ-Schäden: Hersteller, Typ _____

Amtliches Kennzeichen des Anspruchsteller-Fahrzeugs _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? (Name, Adresse, Telefonnummer) _____

Ist ein Personenschaden eingetreten? _____

☐ ja☐ nein

Wurde der Anspruchsteller selbst verletzt? _____

☐ ja☐ nein, sondern

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon tagsüber _____ Alter der verletzten Person _____

Art der Verletzung _____

War ein Notfallwagen oder ein Rettungshubschrauber an der Unfallstelle? _____

☐ ja☐ nein

Kam die verletzte Person in ein Krankenhaus? _____

☐ ja☐ nein☐ unbekannt

Ist die verletzte Person Arbeitskollege von Ihnen bzw. der mitversicherten Person oder bei Ihnen beschäftigt? _____

☐ ja☐ nein☐ unbekannt

Die Zahlung soll erfolgen an

☐ Anspruchsteller☐ Sonstige (Name, Anschrift) _____☐ per Scheck☐ Überweisungskonto

Konto-Nr. _____

BLZ _____

Kreditinstitut _____

Wichtiger Hinweis! Bitte vor Unterschriftsleistung unbedingt beachten!

Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben zum Fortfall des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese für die Feststellung des Versicherungsfalles oder die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde oder Höhe nach von Belang sind. Bei bewusst falschen oder unvollständigen Angaben kann dabei die Leistungspflicht vollständig entfallen. Beruhen diese dagegen lediglich auf grober Fahrlässigkeit, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere dieses Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer/in _____

Unterschrift Versicherte/r _____

Unterschrift Vertretung / Sparkasse _____

Kust: _____

Kube: _____

Bemerkung Vermittler _____