

Versicherungsscheinnummer:	Kraftfahrt-Schadenanzeige		
Schadennummer:			
<input type="checkbox"/> KFZ-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Fahrzeugvollversicherung (Vollkasko)	<input type="checkbox"/> Fahrzeugteilversicherung (Teilkasko)	<input type="checkbox"/> Schuttbrief

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
 bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an Ihre/n MLP-Berater/-in bzw. direkt an die jeweilige Versicherungsgesellschaft zurück.
 Vielen Dank.

Versicherer: _____

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers:	Telefonnummer (tagsüber und / oder privat):
Straße:	Wohnort (PLZ, Ort):
Bankverbindung (für Entschädigungszahlung per Überweisung): Kontoinhaber/in (Nachname, Vorname):	IBAN:
Name des Geldinstituts:	BIC:
Anschrift Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer):	

1. Versichertes Fahrzeug:

Amtl. Kennzeichen:	Erstzulassung:	Anschaffungsdatum:
Fahrzeughersteller:	Fahrzeugart und -typ:	Fahrgestellnummer:
KW (PS):	Kaufpreis in EUR:	Gesamtleistung des Kfz in km:

2. Verwendung des Fahrzeuges zum Schadenzeitpunkt:

als Privatfahrzeug sonstiges: _____

3. Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt?

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

Führerscheinklasse: _____ Ausstellungsdatum: _____ Behörde: _____ Listen-Nr.: _____

Fuhr der Lenker mit Ihrem Einverständnis? ja nein

Ist er bei Ihnen als Berufsfahrer angestellt? ja nein

Wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen? ja nein

Promillegehalt im Blut: _____

8. Unfallgegner:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

Fahrzeug des Unfallgegners:

Amtl. Kennzeichen: _____ Hersteller und Fahrzeugtyp: _____

Sachschaden des Unfallgegners (wo genau am Fahrzeug befinden sich die Beschädigungen):

Geschätzte Schadenhöhe in €: _____

NUR BEI KRAFTFAHRTHAFTPFLICHTSCHÄDEN:
9. Personenschaden:

	Person 1:	Person 2:
Name:		
Anschrift:		
Geb. am:		
Beruf:		
Art der Verletzungen:		
Name und Anschrift der Ärzte / Krankenhäuser		
War der Verletzte beruflich unterwegs oder auf dem Weg zur Arbeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist er Ihr Arbeitskollege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War der Verletzte Insasse Ihres Fahrzeugs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War der Verletzte angeschnallt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Zahl der Insassen (einschließlich des Fahrers) in Ihrem Fahrzeug: _____

NUR BEI KASKOSCHÄDEN:
11. Welche Fahrzeugteile sind beschädigt oder entwendet worden und welcher Art sind die Beschädigungen?

 Wurde das gestohlene Fahrzeug (Teile) wieder gefunden? ja nein Ggf. wo? _____

12. Wie hoch schätzen Sie den Schaden an Ihrem Fahrzeug (in €): _____

13. Wie war das Fahrzeug gegen Diebstahl gesichert? _____

14. Wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?

Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

15. Hatte das Fahrzeug schon früher Beschädigungen? ja nein, Reparaturkosten in €: _____

 Waren z.Zt. des Unfalls noch nicht beseitigte Schäden am Kfz? ja nein

ggf. wo? _____

16. Sind Sie für das beschädigte Kfz vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein teilweise: _____ %

17. Haben Sie eine Schutzbriefversicherung? ja nein

Gesellschaft: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Erklärung des Versicherungsnehmers

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Versicherungsgesellschaft zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift MLP Berater/-in / MLP-Geschäftsstelle

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers