

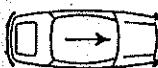
Formularz zgłoszenia szkody

KFZ – auto

Numer ubezpieczenia:

1. Dane ubezpieczonego: Nazwisko, imię, adres: - - - - - Data urodzenia: Tel:	Data zdarzenia: _____ godz: _____ Miejsce: Twoje auto: <input type="checkbox"/> osobowy <input type="checkbox"/> ciężarowy <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> przyczepa Tabl. rejestracyjne: _____ Marka: _____ Model: _____ Nr. identyfikacyjny pojazdu: Przebieg (km): Czy Twój pojazd był podłączony do innego? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, tabl. rejestracyjne: Ubezpieczony w:
--	---

Szkody na własnym aucie-oznacz/wymień uszkodzone części:



2. Kierowca w chwili zdarzenia:		
Nazwisko, imię: _____	Data urodzenia: _____	
Adres: _____		
Ważne prawo jazdy w chwili zdarzenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Kategoria: _____
Kierowca jechał autem za Twoją zgodą?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy byłes/as pod wpływem alkoholu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wynik badania krwi: _____ %
Czy byłes/as pod wpływem narkotyków/ środków odurzających?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jakich:
Czy zostało wszczęte postępowanie z powodu ucieczki z miejsca wpadku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

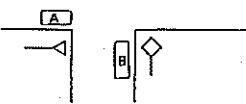
3. Inni uczestnicy/poszkodowani:		
Nazwisko, imię, adres _____ _____	Uszkodzenia na aucie: - -	
Tabl. rejestracyjne: _____ tel: _____	Ubezpieczalnia: _____	
Uczestniczyły w wypadku więcej niż 2 pojazdy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Ilość: _____
Tabl. rejestracyjne: _____		

4. Szczegóły wypadku:		
Odległość od miejsca zdarzenia do miejsca zamieszkania: _____ km	Miejscowość docelowa: _____	
Prędkość przed wypadkiem: _____ km/h	dozwolona prędkość w miejscu wypadku: _____ km/h	
Stan nawierzchni: <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> mokra <input type="checkbox"/> oblodzona <input type="checkbox"/> inne		
Opis zdarzenia: <input type="checkbox"/> najechalem <input type="checkbox"/> wymusilem pierwszeństwo przejazdu <input type="checkbox"/> zmieniałem pas jezdni <input type="checkbox"/> wjechałem w zaparkowane auto	W przypadku innego przebiegu, podaj swój opis:	
Czy wypadek zawińała druga osoba która brała udział w wypadku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wysuwasz roszczenia? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> u kogo?	

(jeśli to konieczne zrób szkic)

Przykład:

A= Ubezpieczony
B= Poszkodowany



5. Świadkowie, policja:

Łączna liczba pasażerów (z kierowcą)	Pasażerowie we własnym aucie (nazwiska, adresy)	Wzywana była policja? <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> tak, data: _____ Komisariat (proszę podać dokładny adres)
Pozostali świadkowie (nazwiska oraz adresy)		Procedura (ostrzeżenie, mandat, grzywna) przeciwko (nazwisko,adres):

6. Ranni/Poszkodowani

Nazwisko, imię rannego/zabitego:			Nazwisko, imię rannego/zabitego:		
Adres:			Adres:		
Zawód:	Wiek:	Stan cywilny:	Zawód:	Wiek:	Stan cywilny:
Obrażenia:			Obrażenia:		
Użytkownik drogi jako (np. pieszy, pasażer auta itd):			Użytkownik drogi jako (np. pieszy, pasażer auta itd):		
Czy ranny miał zapięte pasy?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy ranny miał zapięte pasy?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli ranny był twoim pasażerem to czy: - jest krewnym/rodziną kierowcy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - mieszka z kierowcą w jednym gospodarstwie domowym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - pracuje razem z kierowcą? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			Jeżeli ranny był twoim pasażerem to czy : - jest krewnym/rodziną kierowcy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - mieszka z kierowcą w jednym gospodarstwie domowym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - pracuje razem z kierowcą? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Czy podróż była w celu służbowym?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy podróż była w celu służbowym?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy była to podróż z/do miejsca pracy?			Czy była to podróż z/do miejsca pracy?		

Data, miejscowosc:

Podpis: x

Schadenanzeige

Welche Sparte möchten Sie
in Anspruch nehmen?

Vermittler:

- Kraftfahrthaftpflicht
- Schutzbrief-Versicherung
- Fahrerschutz-Versicherung

Bitte Versicherungsschein-/Schadensnummer angeben:

1. Versicherungsnehmer:

Name, Anschrift:

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Tel. tagsüber: _____ Fax: _____

Schadentag: _____ Uhrzeit: _____

Ort: _____

Ihr Fahrzeug: PKW LKW Krad Anhänger
amt. Kennz.: _____

Hersteller: _____ Typ: _____

Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____

Laufleistung in km: _____

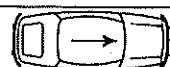
War Ihr Fahrzeug mit einem anderen Fahrzeug verbunden?

nein

ja, Kennzeichen Anhänger/Zugfahrzeug: _____

Versichert bei: _____

Beschädigungen am eigenen Fahrzeug — Bezeichnung der beschädigten Teile:



2. Fahrer zum Unfallzeitpunkt

Name, Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Gültige Fahrerlaubnis zum Unfallzeitpunkt? ja nein

Klasse: _____

Führer der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? ja nein

Alkoholgenuss? ja nein

ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ %

Drogen-/Rauschmittelgenuss? ja nein

ggf. welche: _____

Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? ja nein

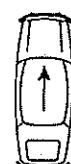
3. Andere Unfallbeteiligte:

Name, Anschrift:

Beschädigungen am Fahrzeug:

Tel.
amt. Kennz.: _____ tagsüber: _____

Versicherer:



Waren mehr als 2 Fahrzeuge am Unfall beteiligt ja

nein

Anzahl: _____

deren amt. Kennzeichen: _____

4. Angaben zum Unfallhergang:

Entfernung vom Schadenort zum Wohnort: _____ km Zielort der Fahrt (für Schutzbrief): _____

Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h vorgeschriebene Geschwindigkeit am Unfallort? _____ km/h

Zustand der Fahrbahn: nass trocken vereist sonstiges _____

Schadenschilderung: bei abweichendem Hergang bitte eigene Schadenschilderung:

ich bin aufgefahren _____

ich habe die Vorfahrt verletzt _____

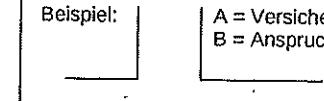
ich wechselte die Fahrspur _____

ich fuhr gegen ein geparktes Kfz _____

Hat der Unfallgegner den Unfall verschuldet? Stellen Sie selbst Ansprüche?

ja nein

ja nein bei wem? _____

(ggf. eine Skizze anfertigen):	Beispiel:	A = Versicherungsnehmer B = Anspruchsteller
		

5. Zeugen, Polizei:

Gesamtanzahl der Insassen <hr/> (mit Fahrer)	Insassen im eigenen Fahrzeug (Namen, Anschriften) <hr/> <hr/>	Polizeilich aufgenommen : <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, am: _____ Polizeldienststelle (bitte vollständige Anschrift angeben): <hr/> <hr/> <hr/> Tagebuch-Nr.: _____
weitere Zeugen (Namen und Anschriften) <hr/> <hr/>		Verfahren (Verwarnung, Anzeige, Bußgeld) gegen: (Name und Anschrift) <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. Personenschäden

6. Personenschäden			
Namen des Verletzten/Toten:		Namen des Verletzten/Toten:	
Anschrift:		Anschrift:	
			
Beruf:	Alter:	Familienstand:	
			
Verletzungen:			
Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.):			
War der Verletzte angeschnallt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sofern der Verletzte Insasse Ihres Kfz war:			
Ist er Familienangehöriger des Fahrers?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist er Familienangehöriger des Fahrers?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebt er mit dem Fahrer in häusl. Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebt er mit dem Fahrer in häusl. Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist er Arbeitskollege des Fahrers?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist er Arbeitskollege des Fahrers?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diente die Fahrt beruflichen Zwecken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diente die Fahrt beruflichen Zwecken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handelte es sich um eine Fahrt von/zur		Handelte es sich um eine Fahrt von/zur	
Arbeitsstätte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitsstätte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Belehrung: Die Aufklärungspflicht nach unseren Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung (AKB) erfordert die vollständige und wahrheitsgemäße Schilderung des Sachverhaltes und die richtige Beantwortung der Fragen. Verletzen Sie diese Pflicht vorsätzlich besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie diese Pflicht grob fahrlässig, liegt also ein besonders schwerer Verstoß gegen die Sorgfaltsanforderungen vor, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Weisen Sie nach, dass kein grober Verstoß gegen die Aufklärungspflicht vorliegt oder der Verstoß für die Feststellung oder den Umfang des Schadens nicht ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Pflicht arglistig verletzen.

Forderungs-abtretung: Nach den AKB gehen Leistungsverpflichtungen Dritter (z.B. Automobilclubs) den Schutzbriefleistungen aus den Kraftfahrtversicherungen „Plus“ sowie „Spezial“ vor. Ich trete deshalb meine ggf. bestehenden Forderungen bis zur Höhe der Vorleistungen an die VHV ab.

(Unterschrift des Fahrers)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)