

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 byłeś/as pod wpływem alkoholu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wynik badania krwi: _____ ‰
Czy byłeś/as pod wpływem narkotyków/ środków odurzających?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jakich: _____
Czy zostało wszczęte postępowanie z powodu ucieczki z miejsca wypadku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

3. Inni uczestnicy/poszkodowani:		
Nazwisko, imię, adres _____ _____ _____	Uszkodzenia na aucie: - - - Ubezpieczalnia: -	
Tabl. rejestracyjne: _____ tel: _____		
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"/> najechałem <input type="checkbox"/> wymusiłem pierwszeństwo przejazdu <input type="checkbox"/> zmieniałem pas jezdni <input type="checkbox"/> wjechałem w zaparkowane auto	W przypadku innego przebiegu, podaj swój opis:	
Czy wypadek zawiniła druga osoba która brała udział w wypadku?	Wysuwasz roszczenia?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> u kogo?	

(jeśli to konieczne zrób szkic)	Przykład: <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; background-color: black; color: white; font-size: 8px;">A</div> </div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px; background-color: black; color: white; font-size: 8px;">B</div> </div> </div>	A= Ubezpieczony B= Poszkodowany
---------------------------------	--	------------------------------------

5. Świadcowie, policja:		
Łączna liczba pasażerów (z kierowcą)	Pasażerowie we własnym aucie (nazwiska, adresy)	Wzywana była policja? <input type="checkbox"/> nie <input 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:			Jeżeli ranny był twoim pasażerem to czy :		
- jest krewnym/rodziną kierowcy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			- 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			- 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			- 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? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			Czy była to podróż z/do miejsca pracy? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Data, miejscowość:

Podpis: X

Schadenanzeige

Welche Sparte möchten Sie
in Anspruch nehmen?

Vermittler:

- ☐ Kraftfahrthaftpflicht
☐ Schutzbrief-Versicherung
☐ Fahrerschutz-Versicherung

Bitte Versicherungsschein-/Schadensnummer angeben:

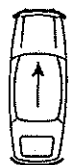
1. Versicherungsnehmer: Name, Anschrift: _____ _____ _____ _____ _____ Geb.-Datum: _____ Beruf: _____ Tel. tagsüber: _____ Fax: _____		Schadentag: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____ Ihr Fahrzeug: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Anhänger amtl. Kennz.: _____ Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrzeug-Ident.-Nr.: _____ Laufleistung in km: _____ War Ihr Fahrzeug mit einem anderen Fahrzeug verbunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Drogen-/Rauschmittelgenuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird wegen Verkehrsunfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Klasse: _____ ggf. Ergebnis der Blutprobe: _____ % ggf. welche: _____
--	--	---

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

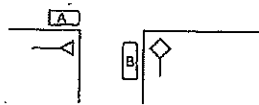


4. Angaben zum Unfallhergang: Entfernung vom Schadenort zum Wohnort: _____ km Zielort der Fahrt (für Schutzbrief): _____ Geschwindigkeit vor dem Unfall? _____ km/h vorgeschriebene Geschwindigkeit am Unfallort? _____ km/h Zustand der Fahrbahn: <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> vereist <input type="checkbox"/> sonstiges _____ Schadenschilderung: <input type="checkbox"/> ich bin aufgefahren <input type="checkbox"/> ich habe die Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> ich wechselte die Fahrspur <input type="checkbox"/> ich fuhr gegen ein geparktes Kfz bei abweichendem Hergang bitte eigene Schadenschilderung: _____ _____ _____ Hat der Unfallgegner den Unfall verschuldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei wem? _____	
--	--

(ggf. eine Skizze anfertigen):

Beispiel:

A = Versicherungsnehmer
B = Anspruchsteller



5. Zeugen, Polizei:

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

6. Personenschaden

Namen des Verletzten/Toten: Anschrift: 			Namen des Verletzten/Toten: Anschrift: 		
Beruf:	Alter:	Familienstand:	Beruf:	Alter:	Familienstand:
Verletzungen: _____			Verletzungen: _____		
Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.): _____			Verkehrsteilnehmer als (z. B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw.): _____		
War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			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 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			Sofern der Verletzte Insasse Ihres Kfz war: 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 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 Handelte es sich um eine Fahrt von/zur Arbeitsstätte? <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 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.

Forderungsabtretung: 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)