

# Kraftfahrt-Schadenmeldung



Versicherungsschein-/Schadenummer bitte stets angeben:  
**K**

Schadentag/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer **Deutsches Rotes Kreuz**  
Name: **Kreisverband Düsseldorf e.V.**  
Straße: **Köln Landstraße 169**  
PLZ/Ort: **40591 Düsseldorf**  
geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen?  nein  ja

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?  nein  ja

War das Fahrzeug mit einem anderen Fahrzeug verbunden?  nein  ja

Kennzeichen des Anhängers/des Zugfahrzeuges: \_\_\_\_\_

**Unfallhergang:**  ich bin aufgefahren  ich habe die Vorfahrt verletzt

ich fuhr gegen ein geparktes KFZ  Fahrzeug (-teile) entwendet

Wildschaden  Glasbruch

Sonstiger Unfallhergang (sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): \_\_\_\_\_

Kraftfahrt-Haftpflicht  Teilkasko  Vollkasko

Schutzbrief  Insassenunfall  Fahrerschutz

Schadenort: \_\_\_\_\_

Versichertes Fahrzeug:  PKW  LKW  KRAD  Anhänger

**Fahrzeugkennzeichen:** \_\_\_\_\_

Hersteller/Typ: \_\_\_\_\_

Schäden am eigenen Fahrzeug: \_\_\_\_\_

Voraussichtl. Schadenhöhe: \_\_\_\_\_ EUR

Vorschäden:  nein  ja, repariert?  nein  ja

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Telefon-Nr.): \_\_\_\_\_

Gesamtaufleistung in KM: \_\_\_\_\_

Liegt eine Sicherungsübereignung vor?  nein  ja

ich wechselte die Fahrspur

Brandschaden  Sturmschaden

Panne

Hat der Gegner den Unfall verursacht?  nein  ja

**Wurde jemand verletzt?**  nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Fahrer des VHV versicherten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt:**  Versicherungsnehmer

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

**Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?**  nein  ja

Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_

**Gibt es Zeugen (auch Beifahrer) die das Unfallgeschehen beobachtet haben?**  nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Stellt jemand Ansprüche an Sie?**  nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Waren noch weitere Personen/Fahrzeuge am Unfall beteiligt?**  nein  ja

Namen/Anschriften/ggf. Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Stellen Sie selbst Ansprüche?  nein  ja

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

War der Verletzte angeschnallt?  nein  ja

gültige Fahrerlaubnis:  nein  ja

Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis?  nein  ja

Alkoholgenuss?  nein  ja, \_\_\_\_\_ ‰

Drogen-/Rauschmittelgenuss?  nein  ja, \_\_\_\_\_

Wird wegen Unfallflucht ermittelt?  nein  ja

Aktenzeichen der Polizei: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Was wurde beschädigt?  Fahrzeug  sonstiger Sachschaden

Fahrzeugkennzeichen: \_\_\_\_\_

Hersteller/Typ: \_\_\_\_\_

Art der Beschädigung: \_\_\_\_\_

Voraussichtl. Schadenhöhe: \_\_\_\_\_ EUR

Weitere Mitteilungen auf gesondertem Blatt

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_