Schadensnummer (falls bekannt): _____

F.V.O. GmbH
Finanz & Versicherung Office
Im Hessel 26
56564 Neuwied

-- - - - - - - - bitte hier knicken falls mit -DIN lang- Briefumschlag verschickt wird - - - - - - - -

Unfallskizze / Unfallhergang:

Zeichnen Sie bitte hier eine Unfallskizze in größerem Format auf und geben Sie die Fahrtrichtung, Vorfahrtsrecht sowie die amtl. Kennzeichen allen Unfallbeteiligten an, so dass sich ein deutlicher Bild des Ereignisses ergibt. Merken / notieren Sie dabei bitte die Straßen und Hausnummern, bzw. Autobann, Bundesstraße, Parkplatz, wo der Schaden sich ereignet hat, an. Falls bekannt, geben Sie auch die an der Unfallstelle erlaubte Geschwindigkeit und vorhandene Verkehrsschilder an.

*Beschreiben Sie bitte möglichst **ausführlicher**, wie der Schaden sich ereignet hat und was die Ursache dafür war.*

Versicherungsnehmer:

Name _____

Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____ (Festnetz, Mobil)

e-Mail Adresse _____

Eigenes, am Unfall beteiligtes Fahrzeug:

Amtliches Kennzeichen _____

Fahrzeughersteller _____

Km-Stand am Schadenstag _____

Versichert bei (Gesellschaft) _____

Versicherungsscheinnummer _____

War das Fahrzeug in einem verkehrssicherem Zustand? . . . . . **O** ja **O** nein

Fahrer zum Unfallzeitpunkt: **O** Versicherungsnehmer, oder:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____ (Festnetz, Mobil)

Waren Sie bzw. der/die Fahrer/in (Fahrzeugführer/in) berechtigt zu Fahren? . . . **O** ja **O** nein

Hatten Sie bzw. der/die Fahrer/in (Fahrzeugführer/in) zum Unfallzeitpunkt eine gültige Fahrerlaubnis? . . . . . **O** ja **O** nein

Führerscheinklasse: _____; Führerscheinnummer: _____

Enthält Ihr Führerschein bzw. des Fahrer-s/in Einschränkungen oder Auflagen? **O** ja **O** nein

Hatten Sie bzw. der/die Fahrer/in (Fahrzeugführer/in) 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente konsumiert? . . . . . **O** ja **O** nein

Wurde Ihnen bzw. dem/der Fahrer/in die Blutprobe entnommen? . . . . . **O** ja **O** nein

Wurde gegen Sie bzw. den/die Fahrer/in ein/e Bußgeld/Verwarnung ausgesprochen? . . . . . **O** ja **O** nein

Haben Sie bzw. der/die Fahrer/in einen Rechtsanwalt beauftragt? . . . . . **O** ja **O** nein

Rechtsanwalt: _____
Name, Anschrift, Telefonnummer

Geschädigter / Unfallgegner (falls bekannt): **(wenn mehrere, dann bitte einen Zusatzblatt verwenden)**

Name _____

Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____ (Festnetz, Mobil)

Amtliches Kennzeichen _____

Fahrzeughersteller _____

Versichert bei (Gesellschaft) _____

Versicherungsscheinnummer _____

Was ist beschädigt / zerstört? _____
(Falls Sie Fotos von den geschädigten Sachen / dem Fahrzeug besitzen, senden Sie bitte diese uns zu)

Sind beim Unfall Personenschäden entstanden / wurde jemand verletzt?. . . . . **O** ja **O** nein

Wer? _____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) **(wenn mehrere, dann bitte einen Zusatzblatt verwenden)**

Zeugen:

_____
(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) **(wenn mehrere, dann bitte einen Zusatzblatt verwenden)**

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen? . . . . . **O** ja **O** nein

Dienststelle und Aktenzeichen _____

Unfallzeitpunkt / - Ort:

Wann ereignete sich der Unfall? _____/_____/_____; Uhrzeit: ____-____

Wo ereignete sich der Unfall? _____
(Ort, Straße, Kreuzung, Autobann)

Eigener Schaden: (Falls Sie Fotos von Ihrem beschädigten Fahrzeug besitzen, senden Sie bitte diese uns zu)

Werden Sie Ihre Teil- oder Voll- Kasko in Anspruch nehmen? . . . . . **O** ja **O** nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? . . . . . **O** ja **O** nein

Was ist beschädigt / zerstört? _____

Ihre Bankverbindung: Konto _____ BLZ _____ Bank _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige wahrheitsgemäß, nach besten Wissen, vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich sie nicht selbst ausgefüllt habe. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Es ist mir bekannt, dass bei vorsätzlich falschen oder lückenhaften Angaben der Versicherer leistungsfrei ist. Bei grob fahrlässig falschen oder lückenhaften Angaben ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere meines Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trage ich.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Unterschrift Fahrer / in