



ADAC Autoversicherung AG
81363 München

schaden@autoversicherung.adac.de
Fax: 089 255 56 92 93

▼ Schadennummer (bitte stets angeben, falls bekannt) ▼ Versicherungsscheinnummer (bitte stets angeben, falls bekannt)

▼ Name/Vorname des Anspruchstellers

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

▼ Telefon tagsüber (mit Vorwahl) ▼ Mobil-Telefon

▼ Telefon abends (mit Vorwahl) ▼ E-Mail

▼ IBAN ▼ BIC

▼ Name des Kreditinstituts

▼ Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Anspruchsteller)

Sind Sie selbstständig? ja nein

▼ Beruf

Gehört die beschädigte Sache zum Betriebsvermögen? ja nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja % nein

1. Schadenhergang

▼ Schaden-Datum

▼ Schaden-Uhrzeit

▼ Wo? (genaue Orts- und Straßenangabe)

▼ Beschreibung des Schadenhergangs und falls notwendig Skizze zur Verdeutlichung (sollte der Platz nicht ausreichen, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

2. Andere Beteiligte (bei mehreren Beteiligten bitte zusätzliches Blatt verwenden)

▼ Name/Vorname des Beteiligten

▼ ggf. amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

Wurde der Schadenfall polizeilich aufgenommen?

ja nein

▼ Falls ja, bitte Polizeidienststelle angeben

▼ Aktenzeichen/Tagebuchnummer

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

▼ Gegen wen erheben Sie Ansprüche und womit begründen Sie diese?

Bitte geben Sie hier Namen und Anschriften von Zeugen an:

▼ 1. Name/Vorname/Anschrift/PLZ/Ort

▼ 2. Name/Vorname/Anschrift/PLZ/Ort

▼ 3. Name/Vorname/Anschrift/PLZ/Ort

▼ 4. Name/Vorname/Anschrift/PLZ/Ort

▼ 5. Name/Vorname/Anschrift/PLZ/Ort

Bitte setzen Sie sich sofort – am besten telefonisch – mit uns in Verbindung, wenn Sie Reparatur- oder sonstige Kosten aus diesem Schadenfall nicht verauslagen können. Die Kosten einer Finanzierung des Schadens würden sonst zu Ihren Lasten gehen!

3. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

▼ Was wurde beschädigt?

▼ Art und Umfang der Beschädigung

▼ Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?

Wann und zu welchem Preis ist die beschädigte Sache angeschafft worden?

▼ Datum

▼ Preis in Euro

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten

▼ Euro

▼ von (Datum)

▼ bis (Datum)

▼ insgesamt Tage

Voraussichtliche Reparaturdauer

▼ Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? Name der Reparaturwerkstatt

▼ Telefon (mit Vorwahl)

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

Hat eine Besichtigung stattgefunden?

ja nein

▼ Falls ja, durch wen?

▼ Frühere Schäden (Anzahl und Umfang)

Ist die beschädigte Sache finanziert oder geleast?

ja nein

▼ Falls finanziert oder geleast, Name des Instituts

4. Bei beschädigten Kraftfahrzeugen zusätzlich zu beantworten

▼ Fahrzeugart

▼ Fabrikat/Typ

▼ Fahrgestellnummer

▼ PS/kW

▼ km-Stand

▼ Tag der Erstzulassung

▼ Amtliches Kennzeichen

▼ Datum des Erwerbs

Vorbesitzer laut Zulassungsbescheinigung Teil II (Kraftfahrzeugbrief)

Erstbesitzer ein Vorbesitzer mehrere Vorbesitzer

Durch welche Gesellschaft (Geschäftsstelle) und unter welcher Policennummer war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

▼ **Haftpflichtversicherung** Gesellschaft

▼ Policennummer

▼ Selbstbeteiligung

▼ **Vollkasko-Versicherung** Gesellschaft

▼ Policennummer

▼ Selbstbeteiligung

▼ **Teilkasko-Versicherung** Gesellschaft

▼ Policennummer

▼ Selbstbeteiligung

Wurde oder wird die Kasko-Versicherung in Anspruch genommen?

ja nein

▼ **Schuttbrief-Versicherung** Gesellschaft

▼ Policennummer

▼ Selbstbeteiligung

5. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

▼ Name/Vorname der verletzten Person _____	▼ Geburtsdatum _____
▼ Straße/Hausnummer _____	▼ Zahl und Alter der Kinder _____
▼ PLZ/Ort _____	▼ Familienstand _____
▼ Ausgeübter Beruf _____	
▼ Monatliches Nettoeinkommen – Euro (bitte Bescheinigung beifügen) _____	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die verletzte Person selbstständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	▼ Falls ja, von wem? Name/Vorname _____
▼ Name/Vorname des Arbeitgebers _____	▼ Straße/Hausnummer _____
▼ Straße/Hausnummer _____	▼ PLZ/Ort _____
▼ PLZ/Ort _____	▼ Monatliche Rente – Euro _____

6. Art und Umfang der Verletzungen

Bei Verletzungen im Kraftfahrzeug: Hatte der Verletzte Sicherheitsgurte angelegt? ja nein

Ist ein Krankenhausaufenthalt notwendig? ja nein

▼ Name des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses _____	▼ Falls ja, von (Datum) _____	▼ bis voraussichtlich (Datum) _____
▼ Straße/Hausnummer _____	▼ Name des/der ambulant behandelnden Arztes/Ärztin _____	
▼ PLZ/Ort _____	▼ Straße/Hausnummer _____	
	▼ PLZ/Ort _____	

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja nein

▼ Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja nein

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? ja nein

▼ Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja nein

▼ Falls ja, bei welcher Anstalt? Name der Anstalt

▼ Straße/Hausnummer _____	▼ PLZ/Ort _____
------------------------------	--------------------

Ist der Verletzte damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der o. a. Versicherungen Gutachten und Auskünfte erteilen? ja nein

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen. Arzt-, Arznei- und Heilmittelkostenrechnungen reichen Sie bitte zunächst bei Ihrer Krankenkasse ein.

Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

▼ Datum _____	▼ Unterschrift des Anspruchstellers 
▼ Ort _____	