

**ADAC Autoversicherung AG
Abt. TRS
81360 München**

**schaden-moped@adac.de
Fax (0 89) 76 76 49 02**

▼ Schadennummer (**bitte stets angeben**)

▼ Versicherungsscheinnummer

▼ Name/Vorname des Anspruchstellers

▼ Straße/Hausnummer

▼ PLZ/Ort

▼ Telefon tagsüber (mit Vorwahl)

▼ Mobil-Telefon

▼ Telefon abends (mit Vorwahl)

▼ E-Mail

▼ Kontonummer

▼ Bankleitzahl

▼ bei (Bank, Sparkasse, Postbank)

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

▼ 6. 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 verauslagern 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

Voraussichtliche Reparaturdauer

▼ von (Datum)

▼ bis (Datum)

▼ insgesamt Tage

▼ 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)

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

▼ **Schuttbrief-Versicherung** Gesellschaft

▼ Policennummer

▼ Selbstbeteiligung

Wurde oder wird die Kasko-Versicherung in Anspruch genommen?

ja

nein

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/Ärzte	
▼ PLZ/Ort	▼ Straße/Hausnummer	
	▼ PLZ/Ort	

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? ja nein

▼ Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

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	