

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

ERGO Versicherung AG
Postfach
40198 Düsseldorf

Tel.: 0800-3745-310
Fax: 0211-477-1440
schaden@ergo.de

Schadensanzeige Ihre Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir haben von Ihrem Schadensfall erfahren und möchten Ihnen gern helfen.
Deshalb brauchen wir noch einige Informationen und Unterlagen von Ihnen.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Schicken Sie ihn uns dann so schnell wie möglich unterschrieben zurück. Leiten Sie uns auch sofort alle Unterlagen weiter, die Sie im Zusammenhang mit diesem Schaden erhalten.

Unser Tipp: Sollten wir nicht um Unterlagen im Original bitten, können Sie uns diese auch gern digital hochladen.

Dazu haben wir für Sie unter schadenservice.ergo.de/upload die Möglichkeit geschaffen, Unterlagen zum Schaden zu schicken. Sie können dort z. B. gescannte Unterlagen oder Fotos hinterlegen. Ihre Schadennummer reicht. Die Zustellung erfolgt schneller und für Sie fällt kein Porto an.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Schadensabteilung

Ihr ERGO Kundenservice

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten: Wir als Versicherer benötigen Daten von Kunden und weiteren Personen. Bei der Verarbeitung dieser Daten beachten wir die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Wir verwenden die Daten, um Versicherungsverträge abzuschließen und durchzuführen. Zum Teil verarbeiten wir die Daten noch für andere Zwecke, beispielsweise für Werbung. Um die Versicherungen durchzuführen, ist es erforderlich, Daten an andere Stellen weiterzugeben. Empfänger sind generell die ERGO Group AG sowie die ITERGO GmbH. Die DSGVO regelt auch die Rechte der betroffenen Personen. Dazu gehören zum Beispiel Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung von Daten. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.ergo.de in der Rubrik „Datenschutz“. Wir schicken Ihnen gern auch eine schriftliche Information zu. Dann rufen Sie uns einfach an.

Informationen zu Ihrem Schadensfall.

Persönliche Daten

Versicherungsnummer

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail

Ihre berufliche Tätigkeit oder Art Ihres Betriebs

Angaben über Ihr Fahrzeug

Art des Fahrzeugs Personenwagen Lieferwagen Motorrad Moped Lastwagen

Amtliches Kennzeichen

Fabrikat

Verwendungszweck Eigenverwendung Droschke Selbstfahrmietwagen Omnibus

Schlüsselnummer des Fahrzeugtyps

Vollständige Fahrzeug-Identifikationsnummer

Bei Güterfahrzeugen: Wo wird das Fahrzeug verwendet?

im Werksverkehr im Güternahverkehr (bis 50 km) im Güterfernverkehr (über 50 km)

im grenzüberschreitenden Güterfernverkehr zum Heizöl- und Treibstofftransport _____

Zulässiges Gesamtgewicht des versicherten Fahrzeugs laut Fahrzeugschein

Angaben zum Fahrer

Name und Anschrift der Person, die das Fahrzeug zum Schadenszeitpunkt gefahren hat.

_____ Geburtsdatum

Hatte der Fahrer des versicherten Fahrzeugs zum Schadenszeitpunkt den entsprechenden Führerschein? ja nein

Hatte der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken oder andere berauschende Mittel zu sich genommen? ja nein

Wie viel hat er getrunken? Welche anderen berauschenden Mittel hat er zu sich genommen?

Wurde ein Alkoholtest durchgeführt? ja nein _____ ‰
Ergebnis

War die Fahrt bei den Berechtigten bekannt und von ihnen gewollt? ja nein

Ist der Fahrer bei Ihnen beschäftigt? ja nein

Angaben über den Unfall und die Beteiligten

Schadenstag, Uhrzeit (0–24 Uhr)

Ort (genaue Ortsbezeichnung, Straßenstelle, Kilometerstein)

Hat die Polizei den Schaden aufgenommen? ja nein _____
Wenn ja, wann?

Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Wurde einer der Beteiligten gebührenpflichtig verwarnt? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift

Zeugen mit Namen, Anschriften und Telefonnummern

Insassen in Ihrem Fahrzeug mit Namen, Anschriften und Telefonnummern

Namen und Anschriften aller am Schaden beteiligten Verkehrsteilnehmer

_____ Amtliches Kennzeichen

_____ Amtliches Kennzeichen

Bitte schildern Sie, wie der Schaden entstanden ist. Hierfür können Sie gern ein gesondertes Blatt benutzen. Sie können uns auch eine Skizze machen und uns Fotos schicken. Wir benötigen Ihre Schadensschilderung auch, wenn es ein Polizeiprotokoll gibt.

Angaben über Geschädigte

Person 1

Person 2

_____ Name und Anschrift des Geschädigten (Person 1)

_____ Name und Anschrift des Geschädigten (Person 2)

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?

ja nein

ja nein

Ist der Geschädigte bei Ihnen beschäftigt?

ja nein

ja nein

Wenn ja, wie?

Hat der Geschädigte den Unfall allein verschuldet?

ja nein

ja nein

Oder hat er eine Mitschuld?

ja nein

ja nein

_____ Wenn ja, inwiefern? (Person 1)

_____ Wenn ja, inwiefern? (Person 2)

Wurde dem Geschädigten ein **Sachschaden** zugefügt?

ja nein

ja nein

Welche Sachen wurden beschädigt? Bei beschädigten Kraftfahrzeugen geben Sie bitte amtliches Kennzeichen, Fabrikat, Fahrzeugtyp an.

_____ Person 1

_____ Person 2

Worin besteht der Schaden?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschätzte Reparaturkosten?	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Wurde die beschädigte Sache mit Ihrem Fahrzeug befördert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der Geschädigte einen Personenschaden erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Verletzung?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liegt ein tödlicher Unfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Saß der Verletzte/Getötete zum Schadenszeitpunkt in Ihrem Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handelte es sich um eine entgeltliche Personenbeförderung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War der Verletzte/Getötete zum Schadenszeitpunkt angegurtert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Passierte der Unfall auf einer Dienstfahrt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls können Sie verschiedene Mitwirkungspflichten treffen:

Sie müssen uns insbesondere jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Hierzu können wir konkrete Anfragen stellen. Diese müssen Sie wahrheitsgemäß und fristgerecht beantworten. Wir können auch verlangen, dass Sie uns erforderliche Belege fristgerecht zur Verfügung stellen, soweit dies zumutbar ist. Die Einzelheiten der Mitwirkungspflichten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Ihrem Vertrag zugrunde liegen.

Sie erhalten keine Leistungen, wenn Sie die Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen. Wenn Sie eine Mitwirkungspflicht grob fahrlässig verletzen, können wir unsere Leistungen kürzen. Wir kürzen entsprechend der Schwere des Verschuldens. Dies kann dazu führen, dass Sie keinerlei Leistungen erhalten. Sie erhalten jedoch dann im vereinbarten Umfang Leistungen, wenn die Verletzung der Mitwirkungspflicht keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Gleiches gilt, wenn Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Dies müssen Sie uns nachweisen. Unter keinen Umständen erhalten Sie Leistungen, wenn Sie arglistig eine Mitwirkungspflicht verletzt haben. Steht das Recht auf die Leistung einem Dritten zu, muss auch dieser die Mitwirkungspflichten erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Fahrer

ERGO