

**SAARLAND Feuerversicherung AG**  
 Schadenzentrum Saarland/Pfalz  
 Postfach 10 26 53  
 66026 Saarbrücken

Tel. 0681/601681  
 Fax 0681/601 80 681  
 E-Mail: [zs-kraft@saarland-versicherungen.de](mailto:zs-kraft@saarland-versicherungen.de)

## SCHADENMELDUNG KRAFTFAHRT

**HAFTPFLICHTSCHADEN  
 VOLLKASKOSCHADEN  
 TEILKASKOSCHADEN  
 VERKEHRSSERVICESCHADEN**

Ist ein Schadenfall eingetreten, so haben Sie umfangreiche Mitwirkungspflichten. Neben der Meldepflicht sind dies vor allem die im Folgenden aufgezählten Vertragspflichten. Wird gegen eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich verstoßen, besteht kein Versicherungsschutz. Bei einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung kann der Versicherungsschutz entsprechend des Verschuldensgrades ganz oder teilweise entfallen.

Insbesondere ist folgendes zu beachten:

- **Beauftragen Sie von sich aus keinen Sachverständigen.** Ihr zuständiger Schadensachbearbeiter prüft anhand der Art und Höhe des entstandenen Schadens, ob eine Fahrzeugbesichtigung notwendig ist.
- **Bei einem Wildunfall zeigen Sie diesen unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle an.** Diese nimmt die für die Bearbeitung notwendigen Beweise auf und stellt die erforderlichen Bescheinigungen aus. Gleiches gilt für den Fall einer Fahrzeugentwendung oder eines sonstigen Diebstahls von Fahrzeugteilen.
- **Haben Sie einem Dritten einen Schaden zugefügt, geben Sie kein Schuldanerkenntnis ab und erstatten den Schaden nicht – auch nicht teilweise – mit eigenen finanziellen Mitteln.** Eine Leistungspflicht unsererseits besteht nur im Rahmen rechtlich begründeter Schadenersatzansprüche.
- **Werden Schadenersatzansprüche gegen Sie gerichtlich oder mittels Mahnbescheid geltend gemacht, informieren Sie uns sofort.** Die weitere Prozessführung obliegt bedingungsgemäß dem Versicherer.
- **Ebenso informieren Sie uns unverzüglich über mögliche andere Schadenverursacher.** Sie sind gesetzlich verpflichtet, einen eigenen Schadenersatzanspruch mit allen formellen und rechtlichen Mitteln zu schützen.

Versicherungsnehmer (Name, Vorname)	Schaden-Nr.:	
Straße	Vers.-Nr.:	
PLZ/Ort	BNR: (Vermittler)	
Telefon/Handy/Fax	Anzahl der Fotos:	

### Angaben zum versicherten Fahrzeug

Amtl. Kennz.:	Fabrikat/Typ:	Erstzulassung:	Kilometerstand:	Garage vorhanden:	ja	nein
---------------	---------------	----------------	-----------------	-------------------	----	------

### Angaben zum Fahrer des versicherten Fahrzeuges

Name, Vorname	Führerscheinklasse:	Ausstellungsjahr:	
Straße	Wurde dem Fahrer auf Grund des Unfalles die Fahrerlaubnis entzogen?	ja	nein
PLZ/Ort	Hat sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort entfernt?	ja	nein
Telefon/Handy/Fax	Wurde eine Blut-/Drogenprobe entnommen?	ja	nein
Geburtsdatum:	Ergebnis der Blutprobe:		o/oo



