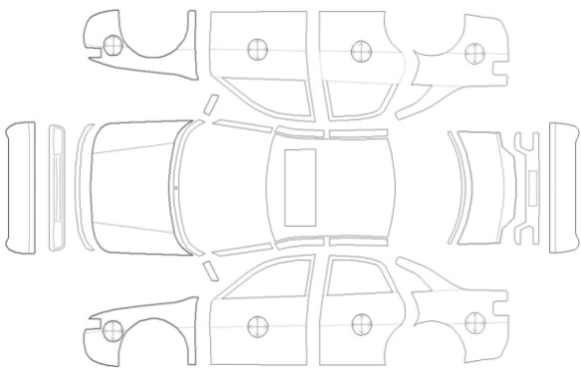


# Unfallfragebogen - Kaskoschaden

Bitte bestmöglich ausgefüllt zurück an: [schaden-autounfall@rufas.de](mailto:schaden-autounfall@rufas.de)

| A Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Fahrzeug |  |   |   |                              |
|---|--|---|---|------------------------------|
| 1   | Fahrzeughalter:                            | <input type="text"/>  |   |                              |
|   |  | Vorname, Name oder Firma (Geschäftsführer)  |   |                              |
| 2   | Fahrzeughalter, Anschrift:                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Straße und Hausnummer   | Postleitzahl und Ort                            |                              |
| 3   | Fahrzeughalter, Kontaktdaten:              | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Telefonnummer   | Mobilnummer                                     |                              |
|   |  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | alternative Telefonnummer   | E-Mail Adresse                                  |                              |
| 4   | Rechtsschutzversicherung?                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Bitte ankreuzen  | <input type="text"/><br>Name Ihrer Versicherung |                              |
|   |  |   | <input type="text"/><br>Versicherungsnummer     |                              |
| 5   | Mitgliedschaft Automobilclub?              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Bitte ankreuzen  | <input type="text"/><br>Name des Clubs          |                              |
|   |  |   | <input type="text"/><br>Mitgliedsnummer         |                              |
| 6   | Fahrer:                                    | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Vorname Name  | Rolle   |                              |
|   | (Optional) weiterer Beteiligter:           | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Vorname Name  | Rolle   |                              |
|   | Anschrift des Beteiligten:                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Straße und Hausnummer   | Postleitzahl und Ort                            |                              |
|   | Kontaktdaten des Beteiligten:              | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Telefonnummer / Mobilnummer   | E-Mail-Adresse                                  |                              |
| 7   | Ihr Fahrzeug:                              | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Kennzeichen   | Marke   |                              |
|   |  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | Modell  |   |                              |
|   |  | <input type="text"/>  |   |                              |
|   |  | Fahrzeug-Identifikations-Nummer   |   |                              |
| 8   | Versicherungsschutz und Selbstbeteiligung? | <input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> nur Haftpflicht                         | <input type="text"/>                            |                              |
|   |  | (Zutreffendes bitte ankreuzen)  |   | SB bei Teilkasko / Vollkasko |
|   |  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>         |
|   |  | Versicherung  | Versicherungsnummer                             | Schadennummer                |
|   | Werkstattbindung?                          | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unbekannt   | (Zutreffendes bitte ankreuzen)                  |                              |
| 9   | Eigentumsverhältnisse:                     | <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Finanzierung                      | (Zutreffendes bitte ankreuzen)                  |                              |
|   |  | <input type="text"/>  |   |                              |
|   |  | Name Leasinggesellschaft / Bank und Vertragsnummer: (wichtig!)  |   |                              |
|   |  | Ohne diese Daten kann keine Freigabe eingeholt werden!  |   |                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Firma (zum Vorsteuerabzug berechtigt) (Zutreffendes bitte ankreuzen) |   |                              |

| B Angaben zum Unfallgeschehen:   |  |   |
|--|--|---|
| <b>1 Wann</b> hat sich der Unfall ereignet?  | <input type="text"/><br>Datum  | <input type="text"/><br>ungefähre Uhrzeit |
| <b>2 Wo</b> hat sich der Unfall ereignet?  | <input type="text"/><br>Postleitzahl und Ort   | <input type="text"/><br>Straße            |
| <b>3</b> Wurde der Unfall <b>polizeilich</b> erfasst?<br>(Bei Wildunfall vom Jagdpächter)                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/><br>Polizeidienststelle, Ort, ggf. Aktenzeichen (Jagdpächter)  |   |
| <b>4</b> Gibt es <b>Zeugen</b> ?<br><br><b>Weitere Angaben zu Zeugen:</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/><br>Rolle (bitte ankreuzen / ausfüllen, Mehrfachangaben möglich)   |   |
|  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br>Falls ja, Name, Anschrift und Telefon des / der Zeugen   |   |
| <b>5</b> <b>Wie hat sich der Schaden ereignet?</b>   | <input type="checkbox"/> Wildschaden<br><input type="checkbox"/> Hagelschaden<br><input type="checkbox"/> Sturmschaden<br><input type="checkbox"/> Glasschaden<br><input type="checkbox"/> Einbruch / Diebstahl<br><input type="checkbox"/> Vandalismus<br><input type="checkbox"/> Kollision anderes Fahrzeug / Gegenstand<br><input type="checkbox"/> Unbekannt<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: |   |
| <input type="text"/><br>Hergangsbeschreibung, Skizze ggf. auf einem separaten Blatt                                      |  |   |
| <b>6</b> <b>Was ist beschädigt?</b>  | <input type="checkbox"/> Front<br><input type="checkbox"/> Seite vorne links<br><input type="checkbox"/> Seite vorne rechts<br><input type="checkbox"/> Seite hinten links<br><input type="checkbox"/> Seite hinten rechts<br><input type="checkbox"/> Heck  |   |
| <br>Bitte Schadenpositionen markieren |  |   |

| C Angaben zum weiteren Vorgehen |   |  |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| 1                               | Wurde Ihr Fahrzeug abgeschleppt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br>Bitte ankreuzen   | <input type="text"/><br>Abschleppunternehmen<br><br><input type="text"/><br>Abgeschleppt von - nach |
| 2                               | Fahrzeug noch fahrbereit?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt<br><br>Zutreffendes bitte ankreuzen                 |   |
| 3                               | Notreparatur möglich?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bedingt<br><br>Zutreffendes bitte ankreuzen                 |   |
| 4                               | Hat Ihre Versicherung Sie beauftragt vorab eine Kalkulation (Kostenvoranschlag) einzuholen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br><input type="checkbox"/> Versicherung beauftragt Gutachter<br>Bitte ankreuzen | <input type="text"/><br><input type="text"/><br>Name des Sachverständigen / Werkstatt               |
| 5                               | Rechtsanwalt beauftragt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br>Bitte ankreuzen   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br>Name des Rechtsanwaltes                             |
| 6                               | Haftung bereits geklärt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar<br><br>Zutreffendes bitte ankreuzen                  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br>Zusage erteilt durch                                |
| 7                               | Reparaturfreigabe bereits erhalten?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar<br><br>Zutreffendes bitte ankreuzen                  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br>Zusage erteilt durch                                |
| 8                               | Wird ihr Fahrzeug repariert?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar<br>(Zutreffendes bitte ankreuzen)                    | <input type="text"/><br>Name der Reparaturwerkstatt   |
| 9                               | Benötigen Sie ein Ersatzfahrzeug?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar<br><br>Zutreffendes bitte ankreuzen                  | <input type="text"/><br>Kostenträger  |

| D Weitere Angaben: |
|--------------------|
|                    |

**Wenn möglich noch folgende / vorhandene Anlagen beifügen:**

- Bilder (Gesamtansicht + Schaden)
- Fahrzeugschein
- Führerscheinkopie
- Gutachten (falls vorhanden)
- Wildunfallbescheinigung
- Sonstiges