

- SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
- ADLER Versicherung AG
- VÖDAG Versicherung für den Öffentlichen Dienst
- VdK Versicherung der Kraftfahrt



Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Schadenanzeige

Schadennummer

0 1

1 Versicherungsnehmer			2 Schadendaten			
Name, Vorname	Telefon (tagsüber)	Versicherungsschein-Nr.				
Anschrift	Telefax	Schadentag	Uhrzeit			
Art des Unternehmens/Beruf		Schadenort				
3 Fahrzeuglenker						
Name, Vorname			Geb. am	Telefon (tagsüber)		
Anschrift			Beruf			
Führerschein-Listennummer _____						
Führerschein	ausgestellt am: _____	Klasse: _____	ausstellende Behörde: _____			
Omnibusschein	ausgestellt am: _____	Ablauf am: _____	ausstellende Behörde: _____			
Taxi-/Mietwagenschein	ausgestellt am: _____	Ablauf am: _____	ausstellende Behörde: _____			
Der Lenker war <input type="checkbox"/> festangestellter Fahrer <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> _____						
4 Versichertes Fahrzeug						
Art (z.B. PKW, LKW, Bus, Krad, Moped, Taxi, Mietwagen, Selbstfahervermietwagen)	Amtliches Kennzeichen	Hersteller/Fabrikat/Typ		Fahrzeugident. Nr./Fahrgestell-Nr.		Erstzul./Baujahr
Km-Stand		KW	Krad: ccm	Nur für LKW/Anhänger Nutzlast	zul. Ges. Gewicht	Omnibus Platzzahl
5 Zweck der Fahrt						
<input type="checkbox"/> Geschäftsfahrt <input type="checkbox"/> Privatfahrt <input type="checkbox"/> Fahrt von oder zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> _____						
Erfolgte die Fahrt mit Wissen und Willens des Vers.-Nehmers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____						
War das Kraftfahrzeug im Fernverkehr eingesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>Wenn ja, Nr. der zum Schadenzeitpunkt mitgeführten Inhabergenehmigung: _____</small>						
Bei Güternahverkehr Abfahrtsort:		Zielort:	Standort des Kfz:	Entfernung d. Unfallstelle vom Standort: _____ km		
6 Unfallhergang						
a) Genaue Unfallschilderung durch den Fahrzeuglenker: (möglichst genaue Angaben über Fahrbahnbeschaffenheit, Geschwindigkeit, Witterungsverhältnisse usw.)						
b) Ggf. Skizze (mit Angaben über Straßenverlauf, Straßenbreite, Vorfahrtsregelung u. Beschilderung)						
Fühlen Sie sich schuldig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein b.w.						

7 Aufnehmende Polizeidienststelle

Aufnehmende Polizeidienststelle	Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.:
Hatte der Fahrzeuglenker vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erfolgte eine Blutuntersuchung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____ %
Wurde der Führerschein vorläufig beschlagnahmt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welcher Beteiligte musste ein Verwarnungsgeld zahlen? _____
Hatte Ihr Fahrzeug Mängel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____	

8 Zeugen

	1. Zeuge	2. Zeuge
Name, Vorname	_____	_____
Anschrift/Telefon	_____	_____

9 Schäden

	A (nicht Versicherungsnehmer)	B (nicht Versicherungsnehmer)
Geschädigte		
Name, Vorname	_____	_____
Anschrift/Telefon	_____	_____
Sachschaden		
Amtl. Kennzeichen	_____	_____
Fabrikat/Typ/Baujahr	_____	_____
Was wurde beschädigt?	_____	_____
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	_____	_____
Telefon	_____	_____
Personenschaden		
Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Beruf	_____	_____
Anschrift	_____	_____
Art der Verletzungen	_____	_____
Art der Verkehrsteilnahme (Fußgänger, Radfahrer u.ä.)	_____	_____
War der Verletzte angeschnallt bzw. hatte dieser einen Schutzhelm auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn der Verletzte Insasse Ihres Fahrzeugs war, – steht er in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
– ist er Ihr Arbeitskollege?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Achtung:

Für das wahrheitsgemäße Ausfüllen der Schadenanzeige ist der Versicherungsnehmer verantwortlich, Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes im Rahmen der Ziff. 7 V der Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung (AKB), auch wenn dem Versicherer durch diese kein Nachteil entsteht.
 Mir ist bekannt, dass die mit dem Schaden im Zusammenhang stehenden Daten in gemeinsamen Datensammlungen der SIGNAL IDUNA Gruppe geführt werden (Bundesdatenschutzgesetz).

Ort, Datum	Unterschrift des Fahrer	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	-------------------------	---------------------------------------