



HUK-COBURG

Schadenausstelle HUK-COBURG, Gildehofstr. 1A, 45113 Essen

66 31B0 3141 93 D000 1E65
DV 11.25 0.95 Deutsche Post



Frau
Jessica Kaldig
Hafenstr. 130
45356 Essen

Sie erreichen uns:
persönlich in der Außenstelle
Mo - Do: 8.00 - 18.00 Uhr, Fr: 8.00 - 16.00 Uhr

telefonisch
Mo - Fr: 8.00 - 18.00 Uhr, Sa: 8.00 - 16.00 Uhr

Bei Rückfragen bitte angeben:
25-11-626/531196-S-S26T00

Ihr Schaden-Team
Telefon 09561 59 73 28 95 99
Telefax 09561 961 19 08
E-Mail info@HUK-COBURG.de

Essen, 11.11.2025

Kfz-Haftpflichtschaden vom 10.11.2025
Schaden-Nummer: 25-11-626/531196-S
Versichertes Fahrzeug: E-JM 419

Sehr geehrte Frau Kaldig,

gern hätten wir die Abwicklung des Schadens mit Ihnen telefonisch besprochen - wir konnten Sie aber leider nicht erreichen.

Bitte senden Sie die Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Oder besser: Rufen Sie uns einfach an.

Zudem haben wir noch eine Bitte: Sollten Sie Fotos von der Unfallstelle oder den beschädigten Fahrzeugen haben, schicken Sie uns diese bitte per E-Mail an info@huk-coburg.de. Geben Sie als Betreff bitte unsere Schaden-Nummer 25-11-626/531196-S an - vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG

Ihr Schaden-Team

Anlage

- Schadenanzeige Kfz-Unfall

2511626531196S

B01L Stand: 11.2017

– Seite 1 –
S261PL

00000000 0000 001/003 771157 0000486

SCHADENANZEIGE
Kfz-Unfall

Anschrift Versicherungsnehmer:
Kaldig, Jessica
Hafenstr. 130
45356 Essen

Schaden-Nummer
25-11-626/531196-S

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Tagsüber erreichbar: Telefon mobil _____ Festnetz _____

E-Mail _____ Ausgeübter Beruf _____

Angaben zu Ihrem am Unfall beteiligten Fahrzeug	Kennzeichen _____ aktueller km-Stand _____ Hersteller/Typ _____ <input type="checkbox"/> Einzelgarage <input type="checkbox"/> Doppelgarage <input type="checkbox"/> Tief-/ Sammelgarage <input type="checkbox"/> Carport <input type="checkbox"/> privater Stellplatz <input type="checkbox"/> sonstiger Stellplatz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen Anhänger _____ Bei Anhänger-Versicherung: War der Anhänger zum Unfallzeitpunkt mit dem Zugfahrzeug verbunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen Zugfahrzeug _____ Versicherer _____
Wo stellen Sie ihr Fahrzeug in der Regel ab? Bei Kraftfahrzeug-Versicherung: Wurde zum Unfallzeitpunkt ein Anhänger mitgeführt? Bei Anhänger-Versicherung: War der Anhänger zum Unfallzeitpunkt mit dem Zugfahrzeug verbunden? Wann ereignete sich der Schaden? Wo ereignete sich der Schaden?	Datum _____ Uhrzeit _____ Land/Postleitzahl/Ort/Straße _____
Wer fuhr Ihr Fahrzeug? Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis? Wenn nein, wie kam er in den Besitz der Schlüssel? Sind Sie mit dem Fahrer verwandt? Bitte auch beantworten, wenn Sie selbst gefahren sind. Besitz der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis für das versicherte Fahrzeug? Hat dieser vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? Wurde ein Alkoholtest durchgeführt oder eine Blutprobe entnommen?	Name, Anschrift _____ Telefon _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, war Ihnen das bekannt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art, Menge _____ War Ihnen das bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____ %
Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenommen? Wurde gegen den Fahrer ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb? _____
Wer hat den Schadenhergang im eigenen Fahrzeug beobachtet? Außerhalb des Fahrzeugs	Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail _____ Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail _____



Wurden Personen verletzt oder getötet? Dann beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Verletzte/Getötete außerhalb des eigenen Fahrzeugs?	Person 1 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Name _____	Name _____
	Straße _____	Straße _____
	PLZ Ort _____	PLZ Ort _____
Verletzungen _____		
Verletzte/Getötete im eigenen Fahrzeug?	Person 1 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2 wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Name _____	Name _____
	Straße _____	Straße _____
	PLZ Ort _____	PLZ Ort _____
Verletzungen _____		
Leben Sie mit dieser Person dauerhaft oder vorübergehend in häuslicher Gemeinschaft?	Familienstand _____ Anzahl Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Familienstand _____ Anzahl Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> ja, wie? _____	<input type="checkbox"/> ja, wie? _____
	Fahrt zum/zur	Fahrt zum/zur
	<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Pflegeleistung <input type="checkbox"/> Vereinstätigkeit <input type="checkbox"/> Ehrenamtstätigk. <input type="checkbox"/> Blutspende <input type="checkbox"/> Dienstreise <input type="checkbox"/> sonstiger Anlass	<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Pflegeleistung <input type="checkbox"/> Vereinstätigkeit <input type="checkbox"/> Ehrenamtstätigk. <input type="checkbox"/> Blutspende <input type="checkbox"/> Dienstreise <input type="checkbox"/> sonstiger Anlass

Wichtige Pflichten/Obliegenheiten

Durch den mit Ihnen geschlossenen Vertrag ergeben sich für Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls Pflichten. Sie müssen uns wahrheits- und fristgemäß jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unseres Leistungsumfangs erforderlich ist. Hierzu zählt alles, was zur Aufklärung des Sachverhalts zumutbar ist. Sie sind auch dann dafür verantwortlich, wenn ein anderer für Sie die Angaben macht.

Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Auf Grund gesetzlicher Vorschriften weisen wir Sie auf Folgendes hin: Verletzen Sie diese Pflichten vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Pflichten können wir unsere Leistung gemäß der Schwere Ihres Verschuldens kürzen - bis hin zum vollständigen Verlust des Anspruchs.

Eine Kürzung erfolgt nur dann nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Beeinflusst die Pflichtverletzung weder die Feststellung des Versicherungsfalls, noch die unseres Leistungsumfangs, hat diese keinen Einfluss auf die Versicherungsleistung. Das müssen Sie nachweisen.

Verletzen Sie Ihre Pflichten arglistig, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung in jedem Fall.

Hinweis: Diese Pflichten gelten für alle mitversicherten Personen (zum Beispiel Fahrer, Halter, Beifahrer).

_____, den _____

Unterschrift Fahrer _____

_____, den _____

Unterschrift Versicherungsnehmer _____