




# HUK-COBURG

Schadensaußenstelle 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](mailto: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](mailto: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

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

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?

Kennzeichen \_\_\_\_\_ aktueller km-Stand \_\_\_\_\_

Hersteller/Typ \_\_\_\_\_

☐ Einzelgarage ☐ Doppelgarage ☐ Tief-/Sammelgarage

☐ Carport ☐ privater Stellplatz ☐ sonstiger Stellplatz

☐ nein ☐ ja, Kennzeichen Anhänger \_\_\_\_\_

Versicherer \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja, Kennzeichen Zugfahrzeug \_\_\_\_\_

Versicherer \_\_\_\_\_

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.**  
Besitzt der Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis für das  
versicherte Fahrzeug?

Hat dieser vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder  
Medikamente eingenommen?

Wurde ein Alkoholttest durchgeführt oder eine  
Blutprobe entnommen?

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja, wie? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein, war Ihnen das bekannt ☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja, Art, Menge \_\_\_\_\_  
War Ihnen das bekannt? ☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja, Ergebnis \_\_\_\_\_ %

Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenom-  
men?

☐ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_  
Dienststelle/Aktenzeichen

Wurde gegen den Fahrer ein Ermittlungsverfahren  
eingeleitet?

☐ nein ☐ ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Wer hat den Schadenhergang im eigenen Fahrzeug  
beobachtet?

Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail \_\_\_\_\_

Außerhalb des Fahrzeugs

Namen, Anschriften, Telefon, E-Mail \_\_\_\_\_



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

Verletzte/Getötete <b>außerhalb</b> des eigenen Fahrzeugs?	<b>Person 1</b> wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name _____ Straße _____ PLZ Ort _____ Verletzungen _____	<b>Person 2</b> wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name _____ Straße _____ PLZ Ort _____ Verletzungen _____
	<b>Person 1</b> wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name _____ Straße _____ PLZ Ort _____ Verletzungen _____ Familienstand _____ Anzahl Kinder _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <b>Fahrt zum/zur</b> <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 _____	<b>Person 2</b> wurde <input type="checkbox"/> verletzt <input type="checkbox"/> getötet Gurt/Helm benutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name _____ Straße _____ PLZ Ort _____ Verletzungen _____ Familienstand _____ Anzahl Kinder _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, wie? _____ <b>Fahrt zum/zur</b> <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 _____

Leben Sie mit dieser Person dauerhaft oder vorübergehend in häuslicher Gemeinschaft?

Sind Sie mit dieser Person verwandt?

Was war aus Sicht des Verletzten der Anlass der Fahrt?

**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