

**HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse
 kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
 Bahnhofplatz, 96440 Coburg**

Anschrift des Versicherungsnehmers:

**SCHADENANZEIGE
 Kfz- Unfall**

Bitte immer angeben:

(Schaden- oder Versicherungsschein-Nr.)

Bitte ergänzen Sie hier noch Ihren Beruf und Ihre Telefon-Nr.:

Ausgeübter Beruf : _____

Telefon privat : _____ dienstl.: _____

Unsere Fragen:	Ihre Antworten:	
1. a) Nähere Bezeichnung Ihres Fahrzeugs?	Amtliches Kennzeichen	Fahrzeug-Ident.-Nr. (bitte dem Fahrzeugschein entnehmen)
	Hersteller	Verkaufsbezeichnung Baujahr
b) War Ihr Fahrzeug verkehrssicher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht? _____	
c) Km-Stand:	_____	
d) Wo stellen Sie Ihr Fahrzeug in der Regel ab?	<input type="checkbox"/> Einzelgarage <input type="checkbox"/> Doppelgarage <input type="checkbox"/> Sammelgarage <input type="checkbox"/> Carport <input type="checkbox"/> privater Stellplatz <input type="checkbox"/> sonstiger Stellplatz	
e) Wann haben Sie das Fahrzeug erstmals auf sich oder Ihren Ehepartner zugelassen?	_____	
2. a) Wann ereignete sich der Schaden?	Tag: _____ Uhrzeit: _____	
b) Was war der Anlass der Fahrt?	<input type="checkbox"/> privater Anlass <input type="checkbox"/> geschäftliche Fahrt (außer Fahrten zum Arbeitsplatz)	
3. Wo ereignete sich der Schaden?	_____ (PLZ, Ort, Straße) <input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> außerorts <input type="checkbox"/> Geschwindigkeitsbeschränkung _____ km/h	
4. a) Wer fuhr Ihr Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> Sie selbst; wenn ja, bitte weiter mit Fragen 4b, c, e, f. <input type="checkbox"/> Ihr Ehe-/Lebenspartner (Name, Geburtsdatum) <input type="checkbox"/> _____ (Name, Anschrift, Telefon-Nr., Geburtsdatum)	
b) Besitzt der Fahrer einen gültigen Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja (Klasse, Aushändigungstag, ausstellende Behörde) <input type="checkbox"/> nein War Ihnen dies bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
c) Hat dieser vor diesem Ereignis Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art / Menge _____	
d) War Ihnen das bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
e) Wurde ein Alkoholtest durchgeführt bzw. eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit folgendem Ergebnis _____ %	
f) Wurde dem Fahrer der Führerschein entzogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____	
g) Fuhr er mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
h) Wenn nein, wie gelangte er in den Besitz der Schlüssel / des Fahrzeugs?	_____	
i) Sind Sie mit dem Fahrer verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____	
5. a) Wurde der Schadenfall von der Polizei aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ (Anschrift, Telefon-Nr., Aktenzeichen, Tagebuch-Nr.)	
b) Wurde einer der Beteiligten gebührenpflichtig verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer? _____	
c) Wurde ein Bußgeldverfahren / Strafverfahren (z. B. wegen Unfallflucht, Körperverletzung usw.) eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen wen? _____ Behörde: _____ (Anschrift, Telefon-Nr., Aktenzeichen)	

SC006, Stand: 29.10.2008



301

<p>6. a) Wie viele Personen waren in Ihrem Fahrzeug?</p> <p>b) Wer hat den Schaden beobachtet?</p>	<p>_____</p> <p>Im eigenen Fahrzeug: _____ (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p>Außerhalb des eigenen Fahrzeugs: _____ (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Wie ist der Schaden entstanden? (Unfallhergang, Verkehrszeichen, Fahrbahnmarkierungen, Witterungsverhältnisse, Beleuchtung der Fahrzeuge, Bremsspuren usw. Skizze ggf. auf gesondertem Blatt)

<p>8. Welche Geschwindigkeit hatte Ihr Fahrzeug?</p>	<p>Kurz vor dem Unfall _____ km/h</p> <p>Zum Zeitpunkt der Kollision _____ km/h</p>
------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

<p>9. a) War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug beteiligt?</p> <p>b) Wer ist der Halter des anderen Fahrzeugs?</p> <p>c) Fahrer?</p> <p>d) Ist Ihnen bekannt, wo dieses versichert ist?</p> <p>e) Was wurde am fremden Fahrzeug beschädigt?</p> <p>f) Wie hoch schätzen Sie den Schaden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (amtl. Kennzeichen, Verkaufsbezeichnung, Farbe)</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Stoßstange vorne</p> <p><input type="checkbox"/> Kühler</p> <p><input type="checkbox"/> Motorhaube</p> <table border="0"> <tr> <td>vorderer Kotflügel</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>Tür vorne</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinten</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinterer Kotflügel</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Kofferraumdeckel</p> <p><input type="checkbox"/> Stoßstange hinten</p> <table border="0"> <tr> <td>Bereifung vorne</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> <tr> <td>hinten</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Verglasung, welche Teile? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	

<p>10. a) Wurden weitere Sachen beschädigt?</p> <p>b) Wer ist Eigentümer?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Name, Anschrift, Telefon-Nr.)</p> <p>_____</p>
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>11. Was wurde an Ihrem Fahrzeug beschädigt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Stoßstange vorne <input type="checkbox"/> Kühler <input type="checkbox"/> Motorhaube</p> <table border="0"><tr><td>vorderer Kotflügel</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr><tr><td>Tür vorne</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr><tr><td>hinten</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr><tr><td>hinterer Kotflügel</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> Kofferraumdeckel <input type="checkbox"/> Stoßstange hinten</p> <table border="0"><tr><td>Bereifung vorne</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr><tr><td>hinten</td><td><input type="checkbox"/> links</td><td><input type="checkbox"/> rechts</td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> Verglasung, welche Teile? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____ _____</p>	vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
vorderer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Tür vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinterer Kotflügel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
Bereifung vorne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	
hinten	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts																	

<p>12. Ist Ihr Fahrzeug noch anderweitig versichert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schutzbrief / Verkehrsservice-Versicherung über den Arbeitgeber / Dienstherrn</p> <p>(Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen) _____ _____</p>
----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>13.a) Stellen Sie Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen wen? _____ (Name, Anschrift, Versicherungsgesellschaft) _____ _____</p>
<p>b) Wurden diese Ansprüche bereits geltend gemacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>c) Haben Sie bereits Zahlungen erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Bitte nur ausfüllen, wenn Fremdschaden entstanden ist.

<p>1. Wer trägt nach Ihrer Auffassung die Schuld an dem Unfall?</p>	_____
<p>2. Womit begründen Sie Ihre Ansicht?</p>	_____
<p>3. Von wem wurde ein Schuldanerkenntnis abgegeben?</p>	_____

Bitte nur ausfüllen, wenn Personenschaden entstanden ist.

<p>1. Verletzte im eigenen Fahrzeug?</p>	Name, Anschrift, Alter, Familienstand, Beruf, Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer: _____ _____	angegurtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>2. Verletzte im fremden Fahrzeug?</p>		
<p>3. Verletzte außerhalb des/der Kfz?</p>	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>4. Art der Verletzung?</p>	_____ _____ _____	

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Ihre Fahrzeugvollversicherung (Vollkasko) oder Fahrzeugteilversicherung (Teilkasko) in Anspruch nehmen.

<p>1. a) Wann haben Sie Ihr Kfz erworben?</p>	_____
<p>b) Zu welchem Kaufpreis?</p>	_____
<p>c) Handelt es sich um ein Reimport-Fahrzeug?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>d) Tag der ersten Zulassung?</p>	_____

<p>e) Gesamtlauflistung zurzeit des Schadens?</p> <p>f) Hatte Ihr Fahrzeug vor diesem Ereignis un-reparierte Schäden? (bitte geben Sie auch sog. Gebrauchsschäden an, z. B. Kleinschäden durch Steinschlag, Lack-kratzer, Parkschäden o. ä.)</p> <p>g) Hatte Ihr Fahrzeug vor diesem Ereignis reparierte Schäden?</p>	<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Umfang _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Umfang _____</p> <p>_____</p>
<p>2. Ist Ihr Fahrzeug finanziert, geleast oder übereignet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem?</p> <p>_____</p> <p>(Kreditgeber / Leasingfirma)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Übersenden Sie uns bitte eine Erklärung des Finanzierungsinstituts, aus der hervorgeht, an wen eine Entschädigung ausbezahlt ist.</p> </div>
<p>3. Besteht für dieses Fahrzeug Berechtigung zum Vorsteuerabzug?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4. Die Überweisung des Entschädigungsbetrags soll erfolgen an:</p> <p>Name und Anschrift: _____</p> <p>Konto-Nr.: _____</p> <p>Bankleitzahl: _____</p> <p>Name und Sitz der Bank: _____</p>	

Wichtige Obliegenheiten

Sie müssen jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens und über den Umfang der Entschädigungspflicht gestatten. Ferner müssen Sie jede hierzu dienliche Auskunft - auf Verlangen schriftlich - erteilen und Belege beibringen.

Ferner gehört es zu Ihren Obliegenheiten, wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen. Sie sind dafür auch dann verantwortlich, wenn ein anderer für Sie die Angaben vornimmt.

Auf Grund gesetzlicher Vorschriften weisen wir Sie auf Folgendes hin: Verletzen Sie Ihre Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir leistungsfrei. Eine grob fahrlässige Verletzung Ihrer Obliegenheiten führt zu einer Kürzung unserer Leistungspflicht nach der Schwere Ihres Verschuldens. Den Nachweis, Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt zu haben, müssen Sie führen.

Die Verletzung Ihrer Obliegenheiten hat dann keinen Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie nachweisen, dass diese - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Verletzen Sie Ihre Obliegenheiten arglistig, sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

_____, den _____

Unterschrift des Fahrers

_____, den _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers