

# Unfall-Schadenanzeige

**HAFTPFLICHTKASSE  
DARMSTADT**



**Vers.-Schein-Nr.**

(bitte unbedingt angeben)

Haftpflichtkasse Darmstadt Postfach 11 26 64373 Roßdorf

Versicherungsnehmer (Namen- und Adressänderung bitte angeben):

Telefon: 06154/601-1272 Fax: 06154/601-2202

E-Mail: info@haftpflichtkasse.de

http://www.haftpflichtkasse.de

Tel., Fax und E-Mail des Versicherungsnehmers:

.....

<b>Schadentag</b>	<b>Uhrzeit</b>
<b>Schadenort</b> (Straße, Hausnr., PLZ)	
An wen soll Zahlung erfolgen ?	
Kontoinhaber: .....	
Geldinstitut: .....	
Bankleitzahl: .....	Kto.-Nr.: .....

**Zu- und Vorname des Verletzten (versicherte Person):** .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Ausgeübter Beruf des Verletzten: .....

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? .....

**Unfallschilderung** (ggf. mit Skizze) Bitte beschreiben Sie die Geschehnisse möglichst genau (ggf. auf ges. Blatt).

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Name und Anschrift der Zeugen:** .....

**Bitte zutreffendes ankreuzen. Nicht angekreuztes gilt als Verneinung**

Handelt es sich um einen Arbeits-, Dienst-, Schul- oder Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei beruflicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	auf dem Weg von/zur Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	--	------------------------------	--	-------------------------------	--	-------------------------------	--

Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  nein  ja Akt.-Z. ....

Anschrift der Berufsgenossenschaft: .....

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  nein  ja Tgb.-Nr. ....

Anschrift der Polizeidienststelle .....

Wurde ein Ordnungswidrigkeits-, Ermittlungs-  
oder Strafverfahren eingeleitet?  nein  ja gegen: .....

Akt.-Z.: ..... bei: .....

Bei Verkehrsunfällen: Welches Verkehrsmittel benutzte der  nein  ja Pol. Kennz.: .....

Verletzte? (Fahrrad, Krad, Moped, PKW, LKW...) ..... War er Fahrer?  nein  ja

Führerscheinklasse, ausgestellt am: .....

Hat der Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem  nein  ja von ..... bis ..... Uhr

Unfall alkohol. Getränke, Medikamente oder was und wieviel? .....

Rauschmittel zu sich genommen? Blutprobe  nein  ja ..... Promille

Ist der Unfall im Zusammenhang mit einem Rennsport

Eingetreten?  nein  ja Welcher Art?: .....

Waren Sie Fahrer, Beifahrer oder Insasse?  nein  ja

**- bitte wenden -**

