

## Schadenmeldung durch Versicherungsnehmer (notification of claim)

1

<b>Unsere Schadennummer</b> (number of claim)	
--	--

### 1. Ihre Daten als Versicherungsnehmer (your data as policyholder)

Name, Vorname (name, first name)	
Geburtsdatum (date of birth)	
Anschrift (address)	
Mobil / Telefon (mobile / phone)	
E-Mail Adresse (e-mail address)	

### 2. Angaben zum eigenen Fahrzeug, Versicherungsnehmer (details of own vehicle, policyholder)

Amtliches Kennzeichen (registration number / plate number)	
Versicherungsscheinnummer HDI (policy number HDI)	
Fahrzeugart (vehicle category)	
Hersteller (make)	
Typ (model)	
Fahrzeug-Ident.nr. (vehicle ident.no.)	
Km-Stand (actual mileage)	

### 3. Angaben zum Unfall (accident details)

Grund der Fahrt (reason for the trip)	Privatfahrt (private trip) <input type="checkbox"/> Dienstfahrt (business travel) <input type="checkbox"/>
Unfalltag (date of accident)	
Unfallort (location of accident)	
Aktenzeichen der Polizei (police reference number)	
Name, Anschrift sowie Fax bzw. E-Mail der zuständigen Polizeidienststelle (name, address and fax or e-mail of the involved police department)	

#### 4. Unfallschilderung mit Skizze (*accident sequence with sketch*)

2

Beschreiben Sie den Unfallhergang ausführlich und in ganzen Sätzen.  
*(describe the course of the accident in detail and in complete sentences)*

Zeichnen Sie eine Skizze vom Unfallgeschehen.  
*(draw a sketch of the accident)*

#### 5. Daten des schädigenden Fahrers (*data of the injuring driver*)

Name, Vorname ( <i>name, first name</i> )	
Anschrift ( <i>address</i> )	
Mobil / Telefon ( <i>mobile / phone</i> )	
E-Mail Adresse ( <i>e-mail address</i> )	
Führerschein seit <i>(driving license since)</i>	
Führerscheinklasse ( <i>driving category</i> )	
Alkohol-Blutprobe <i>(alcohol blood test)</i> wenn ja, Ergebnis ( <i>if so, result</i> ):	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>

### 6. Zeugen / weitere beteiligte Personen (*witness / further persons involved*)

3

Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail weiterer am Unfall beteiligten Personen bzw. Zeugen  
(*name, address and telephone number or e-mail of other persons involved in the accident or witnesses*)

### 7. Angaben zum Schaden am eigenen Fahrzeug (*information on damage to your own vehicle*)

Was ist beschädigt? ( <i>what's damaged?</i> )	
Höhe der Reparaturkosten in € ( <i>amount of the repair costs in €</i> )	
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? ( <i>where can the vehicle be viewed?</i> )	
Mobil / Telefon ( <i>mobile / phone</i> )	
E-Mail Adresse ( <i>e-mail address</i> )	
Haben Sie eigene Ansprüche angemeldet oder beabsichtigen Sie dies zu tun? ( <i>have you filed your own claims or do you intend to do so?</i> ) wenn ja, wo? ( <i>if so, where?</i> ):	ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/>

### 8. Daten Anspruchsteller / Geschädigter (*data of claimant / injured*)

Name, Vorname ( <i>name, first name</i> )	
Anschrift ( <i>address</i> )	
Mobil / Telefon ( <i>mobile / phone</i> )	
E-Mail Adresse ( <i>e-mail address</i> )	
Versichert bei ( <i>insurer</i> )	
Policen-Nr. ( <i>policy no.</i> )	
Amtliches Kennzeichen ( <i>registration number / plate number</i> )	
Fahrer ( <i>driver</i> )	

### 9. Angaben zum Fremdschaden (*information on external damage*)

Was wurde beschädigt? ( <i>what was damaged?</i> )	
---	--

4

Voraussichtliche Höhe der Unfallbedingten Wiederherstellungskosten <i>(estimated amount of accident-related reinstatement costs)</i>	Höhe in € <i>(amount in €)</i> :
Amtliches Kennzeichen <i>(registration number)</i>	
Fahrzeugart <i>(vehicle category)</i>	
Hersteller <i>(make)</i>	
Typ <i>(model)</i>	

**10. Angaben zum Personenschaden *(information on personal injury)***

Personenschaden <i>(personal injury)</i>	ja <i>(yes)</i> <input type="checkbox"/> nein <i>(no)</i> <input type="checkbox"/>
Name, Anschrift sowie Tel.Nr. bzw. E-Mail des Verletzten <i>(name, address and phone number or e-mail of the injured person)</i>	
Geburtsdatum <i>(date of birth)</i>	
Familienstand <i>(marital status)</i>	
Ausgeübter Beruf <i>(actual job)</i>	
Wie nahm der verletzte am Verkehr teil? <i>(how did the injured person participate in traffic?)</i>	Insasse im eigenen Fahrzeug <i>(occupant of owned vehicle)</i> <input type="checkbox"/> Fahrer od. Insasse im fremden Fahrzeug <input type="checkbox"/> <i>(driver or occupant of not owned vehicle)</i> Fußgänger <i>(pedestrian)</i> <input type="checkbox"/> Radfahrer <i>(bicyclist)</i> <input type="checkbox"/> sonstiges <i>(others)</i> <input type="checkbox"/>
Sicherheitsgurte angelegt <i>(seatbelts fastened)</i>	ja <i>(yes)</i> <input type="checkbox"/> nein <i>(no)</i> <input type="checkbox"/>

**Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht**  
***(I have provided the above information to the best of my knowledge and belief)***

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum *(location, date)*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift *(signature)*