Schadenanzeige - Haftpflicht

Versicherungsnehmer	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Vertragsnummer	

1. ALLGEMEINE ANGABEN

Schadentag	
Schadenuhrzeit	
Schadenort	Straße: PLZ: Ort:
Schadenart	☐ Sachschaden (bitte Ziffer 2 ausfüllen) ☐ Personenschaden (bitte Ziffer 3 ausfüllen) ☐ Produkthaftpflicht ☐ sonstige Haftpflichtschaden

Wer verursachte den Schaden?	
In welchem Verhältnis steht der Schadenverursacher zu Ihnen? (z.B. Ehegatte, Kind, Arbeitnehmer, etc.)	Falls Ihr Kind beteiligt war, wie alt ist es? Geb. am:
Erfolgten die Arbeiten, in deren Verlauf der Schaden entstand, im Rahmen einer Arbeits-gemeinschaft mit anderen Firmen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, welcher Partner der Arbeitsgemeinschaft hatte die kaufm. Federführung?
Wenn der Schaden durch eines Ihrer Tiere verursacht wurde, zu welchem Zweck halten Sie das Tier?	☐ Hobby / Privat ☐ Erwerb, Beruf Welche Tierart verursachte den Schaden?

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja: Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen? Wie lautet deren Aktenzeichen?
Hat der Geschädigte oder ein sonstiger Dritter den Schadenfall mit verursacht?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie und weshalb:
Stand der Geschädigte in einem Arbeits- oder Lohnverhältnis zu Ihnen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, Beschreibung:
Wie ereignete sich der Schaden? Bitte ausführlich schildern.	

2. ANGABEN ZUM SACHSCHADEN (bitte nur bei Sachschaden ausfüllen)

Was wurde beschädigt? Bitte beschreiben Sie die Teile/Sachen	
Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?	
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen?	
Waren die beschädigten Sachen von Ihnen geliehen, gemietet oder geleast?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, von wem?
Übten Sie an den beschädigten Sachen eine Tätigkeit aus?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?
Ist der Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt?	☐ nein ☐ ja
Wie hoch schätzen Sie den Schaden?	

3. ANGABEN ZUM PERSONENSCHADEN (bitte nur bei Personenschaden ausfüllen)

Wer wurde verletzt oder getötet? (Name und Anschrift)	
Art der Verletzung?	
Beruf der verletzten o. getöteten Person?	
Alter der getöteten o. verletzten Person?	Geb. am:
Besteht ein persönliches Verhältnis?	☐ Nein ☐ Ja, welches:
Wurde medizinische Versorgung am Unfallort geleistet?	☐ Nein ☐ Ja, durch wen:

4. ENDANGABEN

Sind bereits Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? Bitte Unterlagen beifügen !!!	☐ Nein ☐ Ja, in welcher Höhe:
Sind Sie mit der Auszahlung der Entschädigung unmittelbar an den Anspruchsteller einverstanden?	☐ Ja ☐ Nein, weil:
An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?	Kontoinhaber: Bank: IBAN: BIC:
Besteht für diesen Schadensfall über eine andere Versicherung Versicherungsschutz (z. B. Gebäude, Glas, Kasko, Maschinenversicherung, etc.)?	☐ Nein ☐ Ja Falls ja, über welche Versicherung:

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken können, und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Ort, Datum

Unterschrift