

## Haftpflicht-Schadenanzeige

Name und Anschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer  
\_\_\_\_\_  
Schaden-Nr  
\_\_\_\_\_  
Schden-Nr. Versicherer  
\_\_\_\_\_  
Telefon privat/dienstlich  
\_\_\_\_\_

Schadenstag/Zeit

Schadenort

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Schaden- schilderung</b>	Wie ereignete sich der Schaden? (geben Sie bitte eine ausführliche Schilderung des Vorgangs)		
	_____ _____ _____ _____		
	(evtl. Rückseite benutzen)		
	Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden	in welcher Höhe?	Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Anschrift und Beruf bei Kindern auch Geb. Datum)			
Welche Zeugen können Sie benennen? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)			
Welche Polizeidienststelle hat den Vorgang aufgenommen			
(evtl. Rückseite benutzen)			
I agebuch-Nr.			
Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Behörde			
Aktenzeichen			
<b>Anspruch- steller</b> (evtl. Rückseite benutzen)	Name und vollständige Anschrift		<b>Mehrwertsteuer:</b> Unternehmer
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Vorzugsteuerberechtigt
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Anspruchssteller			
<input type="checkbox"/> Ein Angehöriger von Ihnen? <input type="checkbox"/> bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ein Vertragspartner?			
Lebt der Angehörige mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Welcher Art ist das Verwandtschaft-, Angestellten-oder Vertragsverhältnis?			
<b>Sach- schäden</b>	Welche Sachen wurden besgädigt?		
	Art und Umfang der Beschädigung		
	_____ _____		
Haben Sie die beschädigten Sachen			
<input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> in Ver- <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> zu			
wahrung    bearbeiten    reparieren    vegfördern			
<b>Personen- schäden</b>	Welche Verletzungen sind eingetreten?		
	Alter der verletzten Person?    Familienstand?    Beruf?    Anzahl und Alter der Kinder?		
	Liegt ein Arbeitsunfall vor?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?			
Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.			
Ort/Datum			
Unterschrift u. Firmenstempel			