

Schadenanzeige

Haftpflicht

Vers.-Nr. _____		Versicherer _____	
Schaden-Nr. _____			
<input type="checkbox"/> Privat-HV		<input type="checkbox"/> Betriebs-HV	
<input type="checkbox"/> Umwelt-HV		<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
Schadeneintritt		Schadenort	
Datum _____ Uhrzeit _____		Straße, Nr. _____	
Meldung durch		PLZ, Ort _____	
<input type="checkbox"/> VN		<input type="checkbox"/> Sonstige Person _____	
<input type="checkbox"/> Anwalt			
<input type="checkbox"/> Anspruchsteller			
Versicherungsnehmer		Anspruchsteller / Geschädigter	
Name _____		Name _____	
Beruf _____		Beruf _____	
Straße, Nr. _____		Straße, Nr. _____	
PLZ, Ort _____		PLZ, Ort _____	
Tel. tagsüber _____		Tel. tagsüber _____	
E-Mail _____		E-Mail _____	
Fragen			
Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Kind, Geb.Datum: _____ <input type="checkbox"/> Mitarbeiter			
Name / Anschrift (wenn von VN abweichend) _____			
Ist VN/Schädiger mit Anspruchsteller/Geschädigtem verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besteht zwischen VN/Schädiger und Anspruchsteller/Geschädigtem häusliche Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gesellschaft / VS-Nr. _____			
Gibt es Zeugen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bitte Namen und Anschrift _____			
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ist ein Ermittlungsverfahren oder Strafverfahren eingeleitet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Behörde / Aktenzeichen _____			
Kurze Schadenschilderung _____			
Vom Schaden betroffene Sachen _____			
Anschaffungsjahr _____		Anschaffungspreis _____ €	
		Wie hoch schätzen Sie den Schaden? _____ €	
Waren die beschädigten Teile <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen			
Übte Schädiger an den beschädigten Teilen eine berufl./gewerbl. Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____