

SCHADENANZEIGE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Name Versicherungsnehmer:			
Straße, Nr.:		Versicherer:	
PLZ, Ort:		VS-Nr.:	
Telefon:		Schaden-Nr.:	
eMail:		Schadenhöhe in EUR (unverbindliche eigene Schätzung):	
1. Angaben zum Schaden	Wann trat der Schaden ein? (Datum / Uhrzeit) _____		
	Wo ereignete sich der Schaden? _____		
	Wem haben Sie den Schaden gemeldet? _____		
	Wann haben Sie den Schaden gemeldet? _____		
	Was ist beschädigt worden? _____		
	Worin besteht die Beschädigung? _____		
2. Angaben zum Schadenhergang (ausführliche Schilderung, ggf. auf einem Beiblatt mit Skizze)			
3. Angabe zum Anspruchsteller und Ersatzanspruch	Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Name, Adresse des Anspruchstellers: _____		
	Telefon: _____	eMail: _____	
	Wann? (Datum) _____	In welcher Höhe? _____	
	Mit welcher Begründung? _____		
4. Angaben zum Eigentum	Waren Ihnen die beschädigten Sachen zur Bearbeitung, Benutzung, Reparatur oder Beförderung übergeben worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Waren die beschädigten Sachen gemietet, gepachtet, geliehen, geleast oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wessen Eigentum sind die beschädigten Sachen? _____		
5. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis	Besteht zwischen Ihnen und dem Anspruchsteller ein Familien-, Verwandtschafts-, Arbeits- oder Verwahrungsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Bezeichnung des Verhältnisses: _____		
	Leben Sie mit dem Anspruchsteller/Geschädigten in häusl. Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Angaben zur Auftragsbearbeitung	Ereignete sich der Schaden bei Ausführung einer Bestellung oder eines sonstigen Auftrages für den Anspruchsteller / Geschädigten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wenn ja, worin bestand die auszuführende Leistung? _____		
7. Angaben zum Schadenverursacher	Wer hat den Schaden I.E. nach verursacht? _____		
	Wie alt ist/sind der/die Schadenverursacher? _____		
	Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an _____		
8. Angaben, wenn Kind Schadenverursacher ist	Wer hat Ihr Kind beaufsichtigt? _____		
	Wann wurde letztmalig vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen? (Std./Min.) _____		
	Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

9. Angaben, wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht	Wurde der Schaden durch das Verschulden einer bei Ihnen beschäftigten Person verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name, Alter, Anschrift: _____ beschäftigt als: _____ beschäftigt seit: _____
10. Angaben zu Zeugen	Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angabe von Name, Adresse
11. Angabe zur Polizei	Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen, Behörde
12. Angabe zur weiteren Versicherung	Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann Angabe Name des Versicherers, Vers.-Nr.: _____
13. Angabe zur beschädigten Sache	Welchen Anschaffungswert hat die Sache? _____ Wie hoch sind die Wiederherstellungskosten? _____ Welchen Eindruck machte die beschädigte Sache? <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> benutzt <input type="checkbox"/> abgenutzt Wann und wo ist die Sache gekauft worden? _____ Haben Sie selber die beschädigte Sache besichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Haben Sie die beschädigte Sache besichtigen lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
14. Angaben zur Schadenersatzleistung	Haben Sie selbst bereits Schadenersatz geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an _____ In welcher Höhe: _____ Hat der Geschädigte aufgerechnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15. Angaben bei Personenschäden	Name, Adresse, Tel.-Nr. des Verletzten: _____ Beruf, Alter, Familienstand: _____ Krankenkasse/Berufsgenossenschaft: _____ Art und Umfang der Verletzungen: _____ Erfolgte eine ärztliche Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ Befand sich der Verletzte auf dem Weg _____ on oder zur Arbeitsstelle? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer _____ ruflichen Tätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gibt es weitere Personenschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe Beiblatt
16. Anmerkung	
17. Bankverbindung für Entschädigungszahlung	BIC: _____ Kontoinhaber: _____ IBAN: _____ Name der Bank: _____
18. Wichtige Hinweise/ Schlussfolgerungen	<p>Ich erkläre hiermit, 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. Bewusst falsche oder unvollständige Angaben können - auch wenn dadurch kein Nachteil für den Versicherer entsteht - den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft und Aufklärung zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die Details zu den Pflichten im Schadenfall kann ich dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen entnehmen.</p> <p>Der Makler ist bevollmächtigt an der Erfüllung des Vertrages anlässlich dieses Schadens mitzuwirken. Diese Vollmacht erstreckt sich insoweit auch auf die Entgegennahme sämtlicher Willenserklärungen und Informationen gegenüber dem Versicherer und anderen an der Schadenbearbeitung Beteiligten (z. B. Sachverständige). Der Versicherer und andere Beteiligte werden insoweit ausdrücklich von allen datenrechtlichen Schutzvorschriften gegenüber dem Makler entbunden.</p>
19. Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers: _____