

Schadenanzeige zur Haftpflichtvers. Nr: _____

Schaden-Nr. Versicherung: _____

Schaden-Nr. vR&S: _____

Angaben zum Versicherungsnehmer / Risikoort

Name VN: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

Risikoort: _____

Handelt es sich um eine Erstmeldung: Ja
 Nein, wurde bereits am _____ gemeldet

Allgemeine Angaben zum Schaden

Schadentag / -uhrzeit: _____ / _____

Festgestellt am: _____

Schadenort (wenn abweichend von Risiko): _____

Schadenverursacher (Name / Anschrift): _____

Trifft eine andere Person ein Mitverschulden: Geschädigter Sonstige: _____

Besteht anderweitiger Versicherungsschutz: Nein Ja, bei: _____

(z.B. Privathaftpflicht der Eltern) Versicherer: _____

Ermittlungs-/Bußgeldverfahren der Polizei: Nein Ja, gegen: _____

Tagebuch-Nr: _____

Zeugen zum Schadenhergang: _____

(Name / Anschrift) _____

Vermutlicher Schadenhergang / -umfang:

Angaben zum Geschädigten (Anspruchsteller)

Name: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung: Ja Nein

Bankverbindung: Konto-Nr: _____

Bankleitzahl: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Bei Sachschäden

Welche Sachen wurden beschädigt: _____

Ist eine Reparatur möglich: Ja, Reparaturkosten: _____ €

Nein

Wurden die Sachen besichtigt: Ja (bitte Fotos beifügen)

Nein

Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten: Gemietet

Gepachtet

Geliehen

Verwahrt

zur Bearbeitung

Unverbindliche Schadenhöhe: _____ € bis _____ €

Bei Personenschäden

Welche Verletzungen liegen vor:

Alter der verletzten Person:

Liegt ein Betriebsunfall vor?

Nein

Ja, Unfall wurde gemeldet bei
Berufsgenossenschaft: _____

Erklärung

Ich versichere, alle vorstehenden Angaben in dieser Schadenanzeige nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Ich habe zur Kenntnis genommen, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass sämtliche o.a. Daten zur Bearbeitung in elektronischer Form gem. EU-DSGVO Art.6 (1) lit. a gespeichert und verarbeitet werden.

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers