



Schadenanzeige Haftpflicht-Versicherung

Versicherungsschein-Nr.:	
UWS-Aktenzeichen:	
Schaden-Nr.:	

ALLGEMEINE ANGABEN

Versicherungsnehmer (VN):	
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	
Fax-Nr.:	
E-Mail:	
Ansprechpartner:	
Verursacher des Schadens: (Vor- und Zuname, Geburts-Datum)	

ALLGEMEINE SCHADENDATEN

Schadendatum:	
Schadenzeitpunkt:	Uhr
Schadenort:	
Name der Zeugen des Ereignisses:	

POLIZEILICHE AUFNAHME

Polizeidienststelle:	
Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.:	

SCHADENART

Sachschaden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Personenschaden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



SCHADENHERGANG

Schadenschilderung
(Bitte schildern Sie den Hergang ausführlich.)

SCHADENHERGANG

Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sache gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entstand der Schaden durch Ausübung einer beruflichen / gewerblichen Tätigkeit an oder mit den beschädigten Sachen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ANSPRUCHSTELLER

Anspruchsteller:	
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail:	



ANSPRUCHSTELLER

Ist der Anspruchsteller mit Ihnen verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, in welcher Weise?	
Lebt der Anspruchsteller mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat der Anspruchsteller den Schaden mit verschuldet?	<input type="checkbox"/> ganz	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> selbstverschuldet	<input type="checkbox"/> mit verschuldet

Arbeits- oder Dienstverhältnis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Vertragsverhältnis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Werkvertrag	<input type="checkbox"/> Dienstvertrag
	<input type="checkbox"/> Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> sonstiges	

Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bankverbindung des Anspruchstellers:	Kreditinstitut:	
	BLZ:	Konto-Nr.:
	Kontoinhaber:	

SCHADENERSATZANSPRÜCHE GEGEN VERSICHERUNGSNEHMER

Schadenersatzansprüche durch Geschädigten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich
Eigenverschulden durch Geschädigten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ganz
Geltend gemachte Ansprüche zu hoch:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja

VOM SCHADEN BETROFFENE SACHEN

Beschädigte Sache:			
Art / Umfang der Beschädigung:	<input type="checkbox"/> Abhanden gekommen		<input type="checkbox"/> Totalschaden
	<input type="checkbox"/> Reparatur möglich		
Gewinnausfall:	<input type="checkbox"/> Reparaturschaden	<input type="checkbox"/> Wertminderung	
Hersteller / Typ:			
Belegart:	<input type="checkbox"/> Reparaturrechnung		<input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag
	<input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung		



VOM SCHADEN BETROFFENE SACHEN

Anschaffungsjahr:	
Kaufpreis:	EUR
Voraussichtliche Schadenhöhe:	EUR

KFZ-SCHADEN

Amtliches Kennzeichen:	
Fahrzeug-Ident-Nr.:	
Hersteller:	
Fabrikat: / Typ	
Erstzulassung:	
Gesamtlauflistung:	km
Versicherer zum Schadenzeitpunkt:	
Inanspruchnahme der eigenen Kasko-Versicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

PERSONENSCHADEN

Beschreibung der Verletzung:	
Alter der Person:	
Familienstand:	
Beruf:	
Mitglied der Berufsgenossenschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, in welcher Berufsgenossenschaft und seit wann Mitglied?
Arbeitsunfähigkeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen
Ambulante Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen
Stationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen

Bei verletzten Kindern Namen und Anschrift der Erziehungsberechtigten:	
--	--



SCHADEN DURCH GABELSTAPLER

Beträgt die bauseits bedingte Höchstgeschwindigkeit mehr als 6 km / h?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht für den Gabelstapler eine Haftpflicht-Versicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welcher Personenkreis hat Zugang zu der Schadenstelle?	<input type="checkbox"/> Betriebsangehörige	<input type="checkbox"/> Passanten	<input type="checkbox"/> sonstige Personen (z. B. Anlieferer, Kunden)

SONSTIGE ANGABEN

Bemerkungen:	
--------------	--

OBLIEGENHEITEN UND UNTERSCHRIFTEN

<p><u>Hinweis:</u> Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Der Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter übernimmt die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige ausgefüllt hat. Es ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens gekürzt werden.</p>
--

Datum	Unterschrift / Stempel