

Schadenanzeige

Allgemeine Haftpflicht-Versicherung



Bitte keinen Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach anerkennen, sondern unsere Mitteilungen abwarten. Eingehende Schriftstücke sollten Sie uns sofort zuleiten.	Ihr Gesprächspartner
	Schadennummer

Versicherungsnehmer

Name und Anschrift unseres Versicherungsnehmers	Unter welcher Rufnummer sind Sie tagsüber telefonisch zu erreichen?
Versicherungsschein-Nummer	

Schadenschilderung (Geben Sie bitte eine ausführliche, zusammenhängende Schilderung des Vorganges ab.)

Schadentag	Uhrzeit	Schadenort
Bei Beteiligung eines mitversicherten Kindes:	Geburtsdatum	Ausbildungsstand (z. B. Schüler, Azubi, Student etc.)
Name/Anschrift und Alter des Aufsichtsführenden bei Minderjährigen		
Wie ereignete sich der Schaden? (ggf. Rückseite benutzen)		
Worin sehen Sie Ihr Verschulden/das der mitversicherten Person?		Worin sehen Sie ein Mitverschulden des Geschädigten?
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Tagebuch-Nr.)?		Sind Zeugen vorhanden? (Ggf. auf der Rückseite benennen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anspruchsteller (Bei mehr als zwei Anspruchstellern bitte Rückseite benutzen)

Name und Anschrift				
Ist der Anspruchsteller	Mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebt in Ihrem Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Art ist die Verwandtschaft bzw. das Beschäftigungsverhältnis?				

Sachschäden

Welche Sachen wurden beschädigt?		Welchen Wert haben sie?		
Haben Sie die Sachen besichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hatten Sie die beschädigten Sachen	<input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> zu bearbeiten?	<input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> zu reparieren?	<input type="checkbox"/> aufzubewahren? <input type="checkbox"/> zu befördern?

Körperverletzungen

Welche Verletzungen sind eingetreten?			
Name und Alter der verletzten Person	Familienstand	Beruf	Anzahl und Alter der Kinder

Zahlungen sollen erfolgen an

Name des Kontoinhabers	Name des Geldinstitutes	Bankleitzahl	Konto-Nummer
------------------------	-------------------------	--------------	--------------

Unterschrift

Wir bitten in Ihrem eigenen Interesse um vollständige und tatsächengerechte Angaben. Beachten Sie bitte, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Das gilt auch dann, wenn der Versicherer keinen Nachteil erleidet.

Ort/Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)
-----------	---