

Schadenanzeige Haftpflicht

PHV BHV UHV ProdH Sonstiges

1. Versicherungsnehmer/in (VN)	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
2. Versicherer (VR)	
Name, Niederlassung, Ansprechpartner, Telefon / Fax	
Versicherungsscheinnummer	
Schadennummer falls bereits bekannt	
3. Geschädigter	
Name, Vorname der geschädigten Person	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
Bankverbindung der geschädigten Person	Kto.: BLZ: Name:
Beruf, wenn nicht selbständig, wo beschäftigt?	
4. Allgemeine Angaben	
Schadentag / Schadenort Schaden wurde gemeldet am	Datums- / an: <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> telefonisch
Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? Ist sie in Ihre Hausgemeinschaft aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welches <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein Arbeits-, Lohn-, Miet- oder sonstiges Vertragsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welches
Mit welcher Begründung wird Ihnen bzw. einem Ihrer Familien- oder Betriebsangehörigen ein Verschulden angelastet?	
Hat die geschädigte Person den Schadenfall ganz oder teilweise selbst verschuldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, inwiefern
Sind Schadenersatzansprüche gegen Sie erhoben worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich (Schriftstücke bitte beifügen)
Sind Sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung unmittelbar an den Ansprucherhebenden einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, aus welchem Grund?
5. Schadenursache / Schadenschilderung	

6. Zeugen	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen? (bitte Tagebuch-Nr. angeben)	
7. Nur auszufüllen bei Personenschäden	
Art der Verletzung?	
Welcher Arzt / welches Krankenhaus behandelt die verletzte Person?	
Geburtsdatum der verletzten Person	Datums-/Uhrzeitfeld
Familienstand der verletzten Person	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Sind Kinder vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: Alter:
Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigung von dritter Seite (z. B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft)?	
8. Nur auszufüllen bei Sachbeschädigung	
Beschädigte Sachen	
Art der Beschädigung	
Anschaffungspreis / -datum	Preis: Numerisches Datum: Datums-/Uhrzeitfeld
Ist eine Reparatur möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie hoch schätzen Sie den Schaden?	Numerisches Feld
Ist dabei berücksichtigt, dass die Sachen schon abgenützt oder beschädigt waren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht für die beschädigten Sachen anderweitig Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Gesellschaft: VSNR:
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen gemietet, gepachtet, geliehen oder in Verwahrung genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hinweis:

Es besteht für den Versicherungsnehmer die Pflicht, alle Fragen auf diesen Vordruck nach bestem Wissen und vollständig zu beantworten. Unwahre und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes auch dann führen, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift