

Schadenmeldung zur Haftpflichtversicherung

Versicherungsschein-Nummer:

Versicherungsnehmer

Name:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Bankverbindung (IBAN):	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Art des Betriebes bzw. Beruf	<input type="text"/>		
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Anspruchsteller

Name:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Bankverbindung (IBAN):	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Art des Betriebes bzw. Beruf	<input type="text"/>		
Ist der Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Schadenangaben

Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenort:	<input type="text"/>
Uhrzeit:	<input type="text"/>	und -straße:	<input type="text"/>

Schadenschilderung

Wurde das Schadenereignis polizeilich aufgenommen? Ja Nein

Bei welcher Polizeidienststelle:	
Tagebuchnummer/Aktenzeichen:	
Ggf. Ansprechpartner:	

Gab es Zeugen? Ja Nein

Vorname:		Nachname:	
Strasse, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	

Wurden Personen verletzt? Ja Nein

Vorname:		Nachname:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Art der Verletzung:			
Von welchem Arzt/Krankenhaus wurde der Verletzte behandelt (bitte Namen und Anschrift angeben):			
Wurde der Schaden einer Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, welcher,			
Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?			

Was wurde beschädigt?

Anzahl	Gegenstand/Beschreibung	Schadenumfang	Anschaffungsdatum	Wiederbeschaffungswert	Reparatur möglich?

Ist der Geschädigte anderweitig gegen diesen Schaden versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?
Haben Sie die geschädigte(n) Sache(n) zur Bearbeitung oder Beförderung übernommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie bei dem Schadenereignis selbst einen Schaden davon getragen?? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wollen Sie jemanden dafür verantwortlich machen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Warum halten Sie den/die Betreffende(n) dafür verantwortlich?

- Seite 3 -

Weitere Angaben

Möchten Sie noch weitere Angaben zu dem Schadenereignis machen (z.B. voraussichtliche Schadenhöhe, etc.)

Die Fragen wurden von mir nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers