



Schadenanzeige Privat-Haftpflicht-Versicherung

| | |
|---------------------------|--|
| Kunden- / Bestandsnummer: | |
| UWS-Aktenzeichen: | |
| Schaden-Nr.: | |

ALLGEMEINE ANGABEN

| | |
|----------------------|--|
| Versicherungsnehmer: | |
| Anschrift: | |
| Telefon-Nr.: | |
| Fax-Nr.: | |
| E-Mail: | |
| Ansprechpartner: | |

ALLGEMEINE SCHADENDATEN

| | |
|--|--|
| Aktueller Versicherer: | |
| Aktuelle Versicherungsscheinnummer: | |
| Aktuelle Prämie: | |
| Schadenhergang: (Art, Anzahl und Höhe je Schaden der letzten 3 bzw. 5 Jahre) | |

| | |
|---|---|
| Wann und wo ereignete sich der Schaden? | Datum / Uhrzeit: |
| | Adresse: |
| Zeugen des Schadenfalls: (Bitte Name und Anschrift angeben) | |
| | |
| | |
| Ereignete sich der Schadenfall bei Erfüllung eines von Ihnen übernommenen Auftrages oder sonstigen Vertrages? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, worin bestand die auszuführende Leistung? |



| | |
|---|---------------------|
| Gegen wen richtet sich die Beschuldigung? | Name und Anschrift: |
| | Geburtsdatum: |
| Geschädigter: | Name und Anschrift: |
| | Geburtsdatum: |

| | |
|--|--|
| Besteht zu Ihnen ein Familien- oder sonstiges Verwandtschaftsverhältnis? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welches? |
| Ist er in Ihrem Hausstand aufgenommen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht zu Ihnen ein Arbeits-, Lohn- oder sonstiges Vertragsverhältnis? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welches? |
| Sind Schadenersatzansprüche gegen Sie erhoben worden? Wann? <small>(Bitte sämtliche Schriftstücke beifügen)</small> | <input type="checkbox"/> mündlich am: <input type="checkbox"/> schriftlich am: |

ANGABEN BEI SACHSCHÄDEN

| | |
|---|------------------------|
| Welche Sache ist beschädigt? | |
| Worin bestehen die Beschädigungen? | |
| Bei Kraftfahrtbeschädigungen: | Art / Hersteller: |
| | amtliches Kennzeichen: |
| Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? | |

| | |
|--|---|
| Hatten Sie oder Ihre Angestellten die Beschädigte Sachen gemietet, geliehen, gepachtet oder in Verwahrung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welche Art? |
| Wie hoch schätzen Sie den Schaden? | EUR |



ANGABEN BEI PERSONENSCHÄDEN

| | |
|---|---------------------|
| Verletzter: | Name und Anschrift: |
| | Geburtsdatum: |
| Wenn minderjährig, gesetzliche Vertreter: | Name und Anschrift: |
| | Geburtsdatum: |

| | |
|--|--|
| Art der Verletzung: | <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Körper <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine |
| | sonst? |
| Befand sich der Verletzte auf dem Wege zur oder von der Arbeitsstätte? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welcher BG? |
| Bei welcher Krankenkasse ist die Person versichert? | |

DEN ENTSCHÄDIGUNGSBETRAG ÜBERWEISEN SIE BITTE AUF FOLGENDES KONTO:

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

| | |
|-------|------------------------|
| | |
| Datum | Unterschrift / Stempel |