

## 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