

Schadenmeldung Haftpflicht

Versicherungsgesellschaft:	Polizzenummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma	
<input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>

EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Von wem? <input type="text"/>
Geschäftszahl:	<input type="text"/>
Ihre Beurteilung des Verschuldens: <input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein Verschulden	

Ereignisablauf
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

VERLETZTE PERSON

Vor- und Zuname / Anschrift
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Art der Verletzung
<input type="text"/>

ZEUGE(N)

Vor- und Zuname / Anschrift
<input type="text"/>
<input type="text"/>

BESCHÄDIGTE SACHE(N)/EIGENTÜMER

Beschädigte Sachen	Höhe des Schadens
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eigentümer	<input type="text"/>
------------	----------------------

SCHÄDEN DURCH LEITUNGSWASSER

Hauseigentümer / Verwalter	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Wo besteht die Gebäudeleitungswasserversicherung?	<input type="text"/>
---	----------------------

ALLGEMEINE FRAGEN

Besteht für dieses Ereignis auch bei anderen Gesellschaften Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, bei welchen:	<input type="text"/>	
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, Verwandtschaftsgrad:	<input type="text"/>	
Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, entliehen oder sonst in Verwahrung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache verrichtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

WEITERE SACHSCHÄDEN, VERLETZTE PERSONEN, ZEUGEN etc.

<input type="text"/>

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

Ich (Wir) bevollmächtige(n) die Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum	Versicherungsnehmer	Ereignisverursacher
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>