

Haftpflichtversicherung – Schadenmeldung

Eigene Daten:			
Versicherungsnehmer:			
Polizzenummer:		Schadennummer VU:	
Schadentag / Uhrzeit:		Schadennummer intern:	
Beh. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzahl:	
Schadensort:			
Fremde Daten (Gegner / Geschädigter):			
Name:			
Adresse:			
Tel. Nr.:			
Schadenhergang:			
Personenschaden:			
Beschädigte Sachen:			
Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Trifft Sie (einen Ihrer Angestellten oder Arbeiter) ein Versehen oder Verschulden am Vorfall?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?		€	
Halten Sie die Forderung für berechtigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verwandtschaftsgrad			

Lebt er/sie mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger einer ihrer Gesellschafter? Erläuterung:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verursacher:		
Zeugen:		
Mitversicherung / Pol. Nr.:		
Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen:		Überweisung auf Bankkonto von VN: <input type="checkbox"/> Bankleitzahl: Kontonummer: <input type="checkbox"/> Rechnungserledigung
Sonstige Bemerkungen:		

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragte Person, in alle diesen Vorfälle betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers