

Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

VS-Nr.

Schaden-Nr.

Vermittler Stempel

ASC-Vermittler-Nr.

**HAFTPFLICHTKASSE
DARMSTADT**



Arheilger Weg 5
64380 Roßdorf
Telefon 06154 - 6011272
Fax 06154 - 6012202
info@haftpflichtkasse.de
www.haftpflichtkasse.de

Versicherungsnehmer

Vorname/Zuname

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon privat Geschäft

Fax e-Mail

Verursacher des Schadens (Vor- und Zuname, Geb.-Datum, Beruf)

Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Arbeits-, Lohn-, oder sonstiges Vertragsverhältnis?
Wenn ja, beschreiben Sie dieses:

Schadenschilderung (ausführliche Darstellung des Vorfalls)

Geschädigter

Vorname/Zuname Geb.-Datum Familienstand

Straße/Haus-Nr. Beruf

PLZ/Ort Telefon

Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt? nein ja, in welcher Weise?

Lebt der Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? ja nein

Hat der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst- oder mitverschuldet?

Schadendatum Uhrzeit Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet?

Genauer Schadenort

Sachschaden

Was wurde beschädigt bzw. ist abhanden gekommen?

Art und Umfang der Beschädigung

Wer ist Eigentümer der Sache?

War die Sache gemietet, geliehen oder in Verwahrung genommen?

Wie hoch sind die voraussichtlichen Wiederherstellungs- bzw. Reparaturkosten?

Sind die beschädigten Sachen versichert (Feuer-, Glas-, LW-, Fahrzeugversicherung)?

Schäden durch Kinder

Wer beaufsichtigte das Kind? _____

Wann ungefähr hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut? _____

Wie wurde das Kind beaufsichtigt? (Standort und Entfernung der Aufsichtsperson vom Kind, Beobachtungsmöglichkeit, Aufenthaltsdauer des Kindes an der Schadenstelle)

Bei Beteiligung mehrerer Kinder: Welche anderen Kinder waren an der Entstehung des Schadens beteiligt? (Name und Anschrift)

Schäden an Kraftfahrzeugen

Fahrzeugtyp bzw. Fabrikat _____

Kennzeichen _____

Wer ist Eigentümer bzw. Halter des Kfz? _____

Besteht für das beschädigte Fahrzeug eine Teil- oder Vollkaskoversicherung? Ja Nein

Policennummer der Versicherung _____

Personenschaden

Wer wurde verletzt (gegebenenfalls abweichende Namen und Anschriften)?

Art, Umfang und Schwere der Verletzung _____

Befand sich die verletzte Person in ärztlicher Behandlung? _____

Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? _____

Zeugen (Name und Anschrift) _____**Polizeiliche Meldung** (vollständige Anschrift u. Aktenzeichen der Polizei): _____**Schäden durch Tiere**

Gesamtzahl der gehaltenen Tiere _____

Beschreibung Ihres am Schaden beteiligten Tieres Geschlecht: w m Farbe _____ Rasse _____

Alter _____ Rufname _____ Im Besitz seit? _____

Zu welchem Zweck halten Sie Ihr Tier? (z.B. Freizeitvergnügen, Beruf, Bewachung) _____

Wer hatte die Aufsicht über Ihr Tier? _____ War Ihr Tier angeleint? Ja Nein

Welche Ausbildung hat Ihr Tier? _____

Sonstiges zu Ihrem Tier: maulkorbpflichtig Ja Nein Maulkorb getragen Ja Nein Anzahl Vorschäden _____

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust der Versicherungsansprüche führen, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.

Datum _____

Unterschrift _____