

<b>SCHADENANZEIGE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG</b>		Versicherungsmakler:
Name Versicherungsnehmer:		
Straße, Nr.:		Versicherer:
PLZ, Ort:		VS-Nr.:
Tel./Email:		Schaden-Nr.:
		Schadenhöhe in Euro (unverbindliche eigene Schätzung):
<b>1. Angaben zum Schaden</b>	Wann trat der Schaden ein? Datum / Uhrzeit Wo ereignete sich der Schaden? Wem haben sie den Schaden gemeldet? Wann haben sie den Schaden gemeldet? Was ist beschädigt worden? Worin besteht die Beschädigung?	
<b>2. Angaben zum Schadenhergang</b> (ausführliche Schilderung, ggf. auf einem Beiblatt mit Skizze)		
<b>3. Angabe zum Anspruchsteller und Ersatzanspruch</b>	Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Adresse des Anspruchstellers Telefon / Email wann (Datum) In welcher Höhe? Mit welcher Begründung?	
<b>4. Angaben zum Eigentum</b>	Waren Ihnen die beschädigten Sachen zur Bearbeitung, Benutzung, Reparatur oder Beförderung übergeben worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Waren die beschädigten Sachen gemietet, gepachtet, geliehen, geleast oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wessen Eigentum sind die beschädigten Sachen?	
<b>5. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis</b>	Besteht zwischen Ihnen und dem Anspruchsteller ein Familien-, Verwandtschafts-, Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bezeichnung des Verhältnisses Leben Sie mit dem Anspruchsteller/Geschädigten in häusl. Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>6. Angaben zur Auftragsbearbeitung</b>	Ereignete sich der Schaden bei Ausführung einer Bestellung oder eines sonstigen Auftrages für den Anspruchsteller/Geschädigten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, worin bestand die auszuführende Leistung?	
<b>7. Angaben zum Schadenverursacher</b>	Wer hat den Schaden I.E. nach verursacht? Wie alt ist/sind der/die Schadenverursacher? Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an	
<b>8. Angaben, wenn Kind Schadenverursacher ist</b>	Wer hat Ihr Kind beaufsichtigt? Wann wurde letztmally vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen? (Std./Min.) Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>9. Angaben, wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht</b>	Wurde der Schaden durch das Verschulden einer bei Ihnen beschäftigten Person verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name, Alter, Anschrift _____ beschäftigt als _____ beschäftigt seit _____	
<b>10. Angaben zu Zeugen</b>	Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angabe von Name, Adresse _____ _____	
<b>11. Angabe zur Polizei</b>	Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angabe von Aktenzeichen, Behörde _____	
<b>12. Angabe zur weiteren Versicherung</b>	Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann Angabe von Name des Versicherers, Vers.-Nr. _____	
<b>13. Angabe zur beschädigten Sache</b>	Welchen Anschaffungswert hat die Sache? _____ Wie hoch sind die Wiederherstellungskosten? _____ Welchen Eindruck machte die beschädigte Sache? <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> benutzt <input type="checkbox"/> abgenutzt Wann und wo ist die Sache gekauft worden? _____ Haben Sie selber die beschädigte Sache besichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Haben Sie die beschädigte Sache besichtigen lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____	
<b>14. Angaben zur Schadenersatzleistung</b>	Haben Sie selbst bereits Schadenersatz geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an _____ In welcher Höhe? _____ Hat der Geschädigte aufgerechnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>15. Angaben bei Personenschäden</b>	Name, Adresse, Tel.Nr. des Verletzten _____ Beruf, Alter, Familienstand _____ Krankenkasse / Berufsgenossenschaft _____ Art und Umfang der Verletzungen _____ Erfolgte eine ärztliche Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gibt es weitere Personenschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe Beiblatt	
<b>16. Anmerkung</b>	_____ _____ _____	
<b>17. Wichtige Hinweise / Schlussklärungen</b>	Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Bewusst falsche oder unvollständige Angaben können - auch wenn dadurch kein Nachteil für den Versicherer entsteht - den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft und Aufklärung zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die Details zu den Pflichten im Schadenfall kann ich dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen entnehmen	
<b>18. Unterschrift</b>	Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers _____	Ort, Datum, Unterschrift des Maklers _____
<b>19. Bankverbindung für Entschädigungszahlung</b>	Name der Bank: _____ Bankleitzahl: _____	Kontoinhaber: _____ Kontonummer: _____