

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

### Versicherungsnehmer

Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>	
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>		Arbeitgeber, Beruf	<input type="text"/>	
Branche, Betrieb	<input type="text"/>		PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>	
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>		IBAN	<input type="text"/>	
			MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
			MWST-Nummer	<input type="text"/>	
Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gesellschaft	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>		Ist der Fall gemeldet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

### Sofern das Ereignis durch einen Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbeigeführt worden ist

Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Stellung im Betrieb	<input type="text"/>	

### Schadenergebnis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Strasse, Nr	<input type="text"/>
Amtliche Tatbestandsaufnahme Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Durch wen? <small>(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)</small>	<input type="text"/>
Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Name und Adresse des Konsortiums	<input type="text"/>

### Hergang

(Bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

**Skizze**

**Zeugen**

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

**Ihre Ansicht zur Schadenursache**

- Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen
- Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte
- Verschulden einer Drittperson
- Verschulden des Geschädigten

Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

Begründung

**Verletzung oder Tötung von Personen**

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>		Beruf	<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
			wie?	<input type="text"/>	
			Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>		Beruf	<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
			wie?	<input type="text"/>	
			Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

**Beschädigung oder Zerstörung fremder Sache, auch von Tieren**

Gegenstand	<input type="text"/>		Standort	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>		Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Name des Eigentümers	<input type="text"/>				
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		MWST-Nummer	<input type="text"/>	

Gegenstand	<input type="text"/>		Standort	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>		Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Name des Eigentümers	<input type="text"/>				
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		MWST-Nummer	<input type="text"/>	

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>

**Ergänzungsfragen**

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat verwandt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>
Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Eigenschaft?	<input type="text"/>
Standen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Eigenschaft?	<input type="text"/>
Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Höhe?	<input type="text"/>

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten (sofern nicht indentisch mit dem VN)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>