

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

<b>Schadennummer</b>	<input type="text"/>	<b>Policennummer</b>	<input type="text"/>
<b>Versicherer</b>	<input type="text"/>	<b>Kontakt</b>	<input type="text"/>

### Versicherungsnehmer

<b>Firma</b>	<input type="text"/>	<b>Name</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon / Mobile</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig		<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>
		<b>IBAN</b>	<input type="text"/>

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

<b>Name</b>	<input type="text"/>	<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse</b>	<input type="text"/>	<b>Verwandschaftsgrad</b>	<input type="text"/>
		<b>Stellung im Betrieb</b>	<input type="text"/>

### Schadenereignis

<b>Datum / Zeit (0 - 24)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Amtliche Tatbestandsaufnahme</b>	Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen ja      nein	
<b>Adresse</b>	<input type="text"/>	<b>Durch wen?</b> (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	<input type="text"/>	

### Hergang

### Ihre Ansicht zur Schadenursache:

<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	<b>Name</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte	<b>Adresse</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten		
<input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson		
<b>Begründung</b>	<input type="text"/>	

## Verletzung oder Tötung von Personen \*

Name	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
		Verletzung	<input type="text"/>	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

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

Gegenstand	Art des Schadens	Schätzung Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Eigentümer der betroffenen Sachen:

Betroffene Sache	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>	
		MWST-pflichtig	ja	nein

## Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat verwandt?  
ja    nein    Verwandtschaftsgrad

Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?  
ja    nein    In welcher Eigenschaft?

Standen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten? Bitte Werkvertrag/Auftrag beilegen  
ja    nein    Welchen Auftrag hatten Sie?

Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden  
ja    nein    In welcher Höhe?

Ergänzungen:

\* Bei mehreren betroffenen Personen oder Gegenständen bitte zusätzliches Schadenverzeichnis ausfüllen.

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.

Schadenanzeige ohne Unterschrift

Unterschrift

Ort und Datum