

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Schadennummer  Policennummer  Versicherer

### Versicherungsnehmer

Firma  Branche / Betrieb   
Kontaktperson, Funktion  erreichbar (Zeit)   
Telefon / Mobile   E-Mail   
Adresse   MWST-pflichtig MWST-Nummer   
Bankverbindung   
IBAN

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

Vorname, Name   Geburtsdatum / Zivilstand    
Strasse, Nr.  Verwandtschaftsgrad   
PLZ, Ort  Stellung im Betrieb

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)   Strasse, Nr   
Land, PLZ, Ort   
Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja  nein Durch wen?   
Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)  
Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit  ja  nein Name und Adresse des Konsortiums   
innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?

### Hergang

(Bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

## Skizze

### Zeugen

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

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

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

### Ihre Ansicht zur Schadenursache

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen             | <input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten |
| <input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte |   |
| <input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson  |   |

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

Begründung

### 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?  ja  nein

Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden  ja  nein

In welcher Eigenschaft?

In welcher Höhe?

### **Verletzung oder Tötung von Personen**

|   |                      |                      |  |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| Anrede  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Telefon / Mobile   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name, Vorname   | <input type="text"/> |                      | E-Mail   | <input type="text"/> |                      |
| Strasse, Nr   | <input type="text"/> |                      | Arbeitgeber  | <input type="text"/> |                      |
| PLZ, Ort  | <input type="text"/> |                      | Geburtsdatum / Zivilstand  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Worin besteht die Verletzung?                         | <input type="text"/> |                      | Beruf  | <input type="text"/> |                      |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals | <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 / Mobile   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name, Vorname   | <input type="text"/> |                      | E-Mail   | <input type="text"/> |                      |
| Strasse, Nr   | <input type="text"/> |                      | Arbeitgeber  | <input type="text"/> |                      |
| PLZ, Ort  | <input type="text"/> |                      | Geburtsdatum / Zivilstand  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Worin besteht die Verletzung?                         | <input type="text"/> |                      | Beruf  | <input type="text"/> |                      |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals | <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"/> |                      |  |
| Name des Eigentümers | <input type="text"/>                                | Versicherer des Eigentümers | <input type="text"/> |                      |  |
| Strasse, Nr.         | <input type="text"/>                                | Telefon / Mobile            | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| PLZ, Ort             | <input type="text"/>                                | E-Mail                      | <input type="text"/> |                      |  |
| MWST-pflichtig       | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | MWST-Nummer                 | <input type="text"/> |                      |  |
| Art der Beschädigung | <input type="text"/>                                | Schätzung Schadenhöhe       | <input type="text"/> |                      |  |

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

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

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

## **Ergänzungen**

## **Beilagen**

     

## **Einverständniserklärung**

Der Versicherungsnehmer 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 wird der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Stellen 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. Der Versicherungsnehmer hat 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 Versicherungsnehmers / des Versicherten

Schadenmeldung ohne Unterschrift

