

Haftpflicht-Schadenmeldung

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Datum:

Sachbearbeiter: Herr Oberhofer
Durchwahl: -18
e-mail: a.oberhofer@vvs-sdv.de
Bearbeitungs-Nr.:
Vers.schein-Nr.:
Versicherer:
Schaden-Nr.:

Telefon: _____

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
bitte senden Sie uns diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.
Vielen Dank.

Schadentag:	Uhr:	Schadenort:
Bankverbindung des Versicherungsnehmers:	Geldinstitut:	
Bankleitzahl:	Konto-Nr.:	
Vorsteuerabzugsberechtigt (MWSt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Schadenschilderung

Schadenverursacher: Versicherungsnehmer Geschädigte(r)
 Familienangehöriger, falls Kind Alter: _____ Jahre

Anspruchsteller (Name, Anschrift, Telefon)

Bestehen verwandtschaftliche Beziehungen zwischen Ihnen und dem Geschädigten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
War der Anspruchsteller in Ihrer Hausgemeinschaft aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welches Vertragsverhältnis bestand zum Anspruchsteller?	
Wann wurden Ansprüche erstmals erhoben?	
Liegt ein mitwirkendes Verschulden des Geschädigten vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Halten Sie die Schadenersatzansprüche dem Grunde und der Höhe nach für gerechtfertigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein_

Sachschaden (Beschädigte Sache zum Beweis bitte aufbewahren)

Welche Sache wurde beschädigt?	
Art der Beschädigung:	
Wann und zu welchem Preis wurde die beschädigte Sache angeschafft?	
Voraussichtliche Höhe des Schadens:	
Ist eine Reparatur möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die beschädigte Sache versichert? (Feuer-, Leitungswasser-, Glas-, Kaskoversicherung oder dergleichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	
Bitte nennen Sie uns die Versicherungscheinnummer:	
Wurde der Schaden dort gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War die beschädigte Sache vom Versicherungsnehmer, Familien- oder Betriebsangehörigen gemietet, gepachtet, geliehen oder in Verwahrung genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde an oder mit dieser Sache eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die beschädigte Sache vom Versicherungsnehmer hergestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Geschädigte vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Personenschaden ja nein

Name und Anschrift:

Fam.-Stand: Alter: Beruf:

Verletzungen:

Krankenhausbehandlung ja nein

Zeugen:

Polizeiaufnahme ja nein Dienststelle: Tagebuch-Nr.:

Versicherungsnehmer und mitversicherte Personen sind nicht berechtigt, Ansprüche anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei einem Mahnbescheid ist fristgemäß Widerspruch bei dem zuständigen Gericht einzulegen.

Wir weisen darauf hin, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel