

Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung

SDV

SERVICEPARTNER DER
VERSICHERUNGSMAKLER AG

Vermittler-Nr.	Schaden-Nr.	VS-Nr.
Herrn/Frau/Firma	Diese Schadenanzeige senden Sie bitte an:	
Straße/Hausnummer		
Postleitzahl/Ort		
Ihr Beruf/Art Ihres Betriebes	Ihre Telefon-(Vorwahl-) Nr.	
Geschädigter oder Anspruch- steller, auch vermutlicher Anspruchsteller	Name/Vorname	Beruf
	Straße/Hausnummer	Ihre Telefon-(Vorwahl-) Nr.
	Postleitzahl/Ort	
Von wem und wann sind Ansprüche geltend gemacht worden? (falls von mehreren, gesondertes Blatt verwenden)	Name/Vorname	Datum
	Straße/Hausnummer	in Höhe von
	Postleitzahl/Ort	€
Sind Sie mit den Geschädigten verwandt oder verschwägert?	☐ ja ☐ nein	Verwandtschaftsverhältnis
		Häusliche Gemeinschaft ☐ ja ☐ nein
Schäden durch Kinder?	☐ ja ☐ nein	Wer beaufsichtigte das Kind?
		Wann ungefähr hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut?
Schadentag	Datum	Uhrzeit
Wo genau ist der Schaden eingetreten?	Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Ort
Wer hat den Schaden verursacht?	Name/Vorname	bei Jugendlichen Geburtsdatum
	Straße/Hausnummer	Name und Vorname des Erziehungsberechtigten
	Postleitzahl/Ort	Straße/Hausnummer, Postleitzahl/Ort
Besteht für Sie bzw. den Scha- denverursacher noch anderweitig eine Haftpflicht- versicherung?	☐ ja ☐ nein	Gesellschaft
		VS-Nr.
Genaue Schilde- rung des Scha- denhergangs. Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde (evtl. gesondertes Blatt verwenden)		

Art und Umfang
der Verletzung

--

Befand sich der
Verletzte auf
dem Weg von
oder zur Arbeits-
stelle?

☐ ja ☐ nein

Erlitt er den
Unfall bei Ausü-
bung einer beruf-
lichen Tätigkeit?

☐ ja ☐ nein

Wurde der Unfall der
Berufsgenossenschaft
gemeldet?

☐ nein ☐ ja: falls ja, Name und Anschrift BG

--

--

Bewußt unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

--

--