



Schadenanzeige Haftpflicht

Versicherungsnehmer

Firma / Name	<input type="text"/>
Strasse / Postfach	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Zuständige Person	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Kontoangaben

Name Bank	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Konto Nr.	<input type="text"/>	Clearing Nr.	<input type="text"/>

Versicherungsgesellschaft

Name	<input type="text"/>	Policen Nr.	<input type="text"/>
------	----------------------	-------------	----------------------

Angaben zum Schadenereignis

Schadendatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Strasse	<input type="text"/>					
Beschreibung des Unfallherganges	<input type="text"/>					

Trifft Ihren Mitarbeiter ein Verschulden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Trifft eine andere Person ein Verschulden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wen	<input type="text"/>

Schadenverursacher

Name / Vorname	<input type="text"/>		
Strasse / Postfach	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>		
Telefon / E-Mail	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ist der Schadenverursacher mit Ihnen verwandt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie	<input type="text"/>
Hat eine aml. Tatbestandsaufnahme stattgefunden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Durch wen	<input type="text"/>
Trifft den Versicherten, seine Angehörigen oder sein Personal ein Verschulden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wen	<input type="text"/>

Sind Zeugen vorhanden Ja Nein

Name / Vorname

Adresse

Telefon / E-Mail

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen Ja Nein Polizeistelle

Beschädigung fremder Fahrzeuge / Sachen

Art des Schadens

Beschädigung

Marke / Typ / Kennz.

Durch wen wird die Reparatur ausgeführt

Reparaturdatum Versicherungsgesellschaft

Eigentümer/in

Firma / Name

Strasse / Postfach

PLZ / Ort

Zuständige Person

Telefon / E-Mail

Name Bank IBAN

Konto Nr. Clearing Nr.

Verletzung und Tötung von Personen

Gibt es verletzte oder getötete Personen Ja Nein

Name / Vorname

Adresse

Telefon / E-Mail

Art der Verletzung

Arzt / Spital

Adresse

Telefon

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadensfalles. 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 ist die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen.

Ort / Datum Firmenstempel / Unterschrift