

Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Versicherungsnehmer	
Name, Vorname / Firma	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Kontaktperson	
E-Mailadresse	
Der MwSt unterstellt? (Abzugsberechtigt?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pauschale Abrechnung
MwSt-Nummer	
2. Ereignis	
Datum	
Uhrzeit (0 - 24)	
Ort und Strasse	
3. Schadenhergang (immer ausfüllen)	
Genauere Schilderung des Schadenherganges	Bitte für ausführliche Beschreibung Seite 2 nutzen.
Amtliche Tatbestandesaufnahme? (Polizeirapport)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durch welche Polizeistelle?	
Auf welche Ursache ist der Schaden zurückzuführen?	
Verursacher (Name, Vorname, Adresse)	
Zeugen (Namen, Vornamen, Adressen)	
4. Verletzte Personen	
Name, Vorname, Adresse	
Art der Verletzung / Beruf des Verletzten / Arbeitgeber	

Name, Adresse des behandelnden Arztes / Spital	
------------------------------------------------	--

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?	
------------------------------------------------------	--

5. Sachschäden von Drittpersonen

Name, Vorname, Adresse	
------------------------	--

Telefon	
---------	--

Art der Beschädigung / Kaufdatum / Kaufpreis / Schadenhöhe

Beschädigte Gegenstände	Bitte für mehrere Gegenstände zusätzliche Textbox unten nutzen.
-------------------------	-----------------------------------------------------------------



Wo können die Sachen besichtigt werden?	
-----------------------------------------	--

Wo werden die Sachen repariert?	
---------------------------------	--

6. Ersatzansprüche

Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Wenn ja, bitte Name und Adresse angeben	
-----------------------------------------	--

7. Zahlung

Name, Vorname, Adresse	
------------------------	--

Post- / Bankkonto-Nr.	
-----------------------	--

Bank / Filiale	
----------------	--

8. Unterschrift

Ort, Datum	
------------	--

Unterschrift	
--------------	--

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden

Drucken

