

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer:

Frau / Herr / Firma

.....

Ort / Datum:,

Schadensnummer:

.....

Versicherungsscheinnummer:

.....

Ihr Ansprechpartner:

Abt. SR Telefon: (0 40) 41 19-70 45, Fax:- 37 33

Email: huk-sr@hansemerkur.de

Haftpflicht-Schadenanzeige

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,
 bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Sie ermöglichen uns dadurch eine schnelle Bearbeitung.

Versicherungsnehmer: Sollte die oben genannte Anschrift nicht mehr korrekt sein, nennen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift
 Telefonnr. (tagsüber): _____ / _____

Wann und wo ereignete sich der Schaden?

Schadentag: _____ Uhrzeit: _____
 Ort: _____ Straße: _____

Allgemeine Angaben zum Geschädigten:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
 Telefonnr. (tagsüber): _____ Fax, Email: _____

unverbindlich geschätzte Schadenhöhe: _____ EUR

Verhältnis zum Anspruchsteller:

Besteht zwischen Ihnen und dem/der Geschädigten ein / eine:

Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? nein ja, welches? _____
 Arbeits-, Lohn- oder sonstiges Vertragsverhältnis? nein ja, welches? _____
 häusliche Gemeinschaft? nein ja

Ausführliche Schilderung des Schadenherganges

Skizze

Leider ist es online nicht möglich eine Skizze zu erstellen. Für eine Skizze drucken Sie das Formular aus und skizzieren Sie das Geschehene bitte per Hand. Gerne können Sie diesen Raum auch für zusätzliche Informationen nutzen.

Wenn Sie Fotos gemacht haben, schicken Sie uns diese bitte mit.

Angaben zur polizeilichen Aufnahme:

Wurde der Schaden von der Polizei aufgenommen? nein ja

Anschrift der Dienststelle: _____

Telefonnr.: _____ Aktenzeichen / Tagebuchnr.: _____

Wurde eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen?

nicht bekannt nein ja, gegen _____

Wurde ein Straf- oder Bußgeldverfahren eingeleitet?

nicht bekannt nein ja, gegen _____

Zeugen (weitere Zeugen notieren Sie bitte mit Adresse auf einem gesonderten Blatt. Vielen Dank!)

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

beteiligt als: _____

Verursachung:

Mit welcher Begründung wird Ihnen oder einem Familien- / Betriebsangehörigen ein Verschulden an der Schadenverursachung beigemessen? _____

Welche Person hat den Schaden verursacht? _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Welche Funktion nimmt der Schädiger in dem Betrieb wahr? _____

Hat die geschädigte Person den Schaden Ihrer Meinung nach selbst verschuldet?

nein ja, weil _____

Sind gegen Sie Schadenersatzansprüche erhoben worden? (Schriftstücke fügen Sie bitte bei)

bisher nicht nein ja, am _____ durch _____

Sind Sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung an den Anspruchsteller einverstanden?

ja nein, weil _____

Machen Sie ggf. eigene Ansprüche geltend? nein ja, gegen _____

Haben Sie einen Anwalt beauftragt? nein ja, Name, Anschrift und Telefonnr.: _____

Angaben bei Sachschaden: (auszufüllen auch bei Tierschäden)

Was für eine Sache wurde beschädigt? _____

Worin besteht die Beschädigung? _____

Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Gegenstände angeschafft worden? _____ EUR

Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich? nein ja nicht bekannt

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? _____ EUR

War die beschädigte Sache vor Eintritt des Schadens bereits abgenutzt oder beschädigt? nein ja

Hatten Sie oder Ihre Familien- / Betriebsangehörigen die beschädigte Sache

gemietet, gepachtet, geliehen? nein ja

in Verwahrung genommen? nein ja

Handelte es sich um Kommissionsware? nein ja

Ist die gemietete, beschädigte Sache ein Gebäudebestandteil? nein ja

Hat sich der Schaden durch eine Tätigkeit (z. B. bei der Bearbeitung, Reparatur, Prüfung) an dieser Sache ereignet? nein ja

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Name / Firma: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Bestand zum Unfalltag für die beschädigte Sache eine anderweitige Versicherung?

nicht bekannt nein ja, bei _____

Anschrift: _____ Vertragsnummer: _____

Glas- Feuer- Leitungswasser- Hausrat- oder sonstige Versicherung: _____

Ist der Schaden dort gemeldet worden? nein ja, am _____

Angaben bei Personenschaden:

Name u. Anschrift der verletzten Person: _____

Geburtsdatum des Verletzten: _____

Welcher Arzt behandelte oder behandelt die verletzte Person? _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? nein ja nicht bekannt

vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses _____

Ist die verletzte Person ledig verheiratet geschieden verwitwet?

Wieviele Kinder sind vorhanden? _____ In welchem Alter? _____

Welches ungefähre Einkommen hat die verletzte Person? _____ EUR / Monat

Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigung von dritter Seite (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder dergleichen)? nein ja, bei _____

Wichtiger Hinweis: Alle Fragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Alle geforderten Nachweise sind vollständig und zügig einzureichen. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung Ihrer Auskunft- und Aufklärungspflichten (Obliegenheiten) können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Die vertraglichen Vereinbarungen dazu lesen Sie bitte in Ihren Versicherungsbedingungen nach. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben in diesem Formular.

Ort/ Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Gegebenenfalls vom Außendienst auszufüllen:

Diese Schadenanzeige wurde in meinem Beisein aufgenommen. Ich bestätige die Angaben.

Agt-Nr: ___ / _____

Unterschrift: _____