# Schadenmeldung Haftpflicht

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft:      | Polizzennummer:      |

# VERSICHERUNGSNEHMER

|  |
| --- |
| Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma      |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer |            |
| Telefonnummer:  |       |

# EREIGNISBESCHREIBUNG

|  |  |
| --- | --- |
| Schadendatum/Uhrzeit      | Ort      |
| Behördlich aufgenommen? [ ]  ja [ ]  nein Von wem?      Geschäftszahl:       |
| Ihre Beurteilung des Verschuldens: [ ]  Eigen- [ ]  Teil- [ ]  kein Verschulden |

|  |
| --- |
| Ereignisablauf      |

VERLETZTE PERSON

|  |
| --- |
| Vor- und Zuname / Anschrift           |
| Art der Verletzung      |

ZEUGE(N)

|  |
| --- |
| Vor- und Zuname / Anschrift           |

# BESCHÄDIGTE SACHE(N)/EIGENTÜMER

|  |  |
| --- | --- |
| Beschädigte Sachen      | Höhe des Schadens      |

|  |  |
| --- | --- |
| Eigentümer |       |

# SCHÄDEN DURCH LEITUNGSWASSER

|  |  |
| --- | --- |
| Hauseigentümer / Verwalter |       |
| Wo besteht die Gebäudeleitungswasserversicherung? |       |

### ALLGEMEINE FRAGEN

|  |  |
| --- | --- |
| Besteht für dieses Ereignis auch bei anderen Gesellschaften Versicherungsschutz? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn JA, bei welchen: |       |
| Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn JA, Verwandtschaftsgrad: |       |
| Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, entliehen oder sonst in Verwahrung | [ ]  ja [ ]  nein |
| Haben Sie eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache verrichtet? | [ ]  ja [ ]  nein |

**WEITERE SACHSCHÄDEN, VERLETZTE PERSONEN, ZEUGEN etc.**

|  |
| --- |
|       |

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet.

Ich (Wir) bevollmächtige(n) die Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende Akte Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum      | Versicherungsnehmer | Ereignisverursacher |