

Post Postfach 1216
49361 Vechta

Besuch Elisabethstraße 46
Vechta

Telefon 04441-4262
Telefax 04441-84188
e-mail info@graff-versicherungsmakler.de

Gesellschaft: _____

HAFTPFLICHT-SCHADENANZEIGE

Vers.-Schein-Nr: _____

Ihr Beruf/Art des Betriebes		Ihre Telefon-Nr.:
Geschädigter oder Anspruchsteller	Name, Vorname	Beruf
	Straße, PLZ, Ort	Telefon-Nr.:
Von wem und wann sind An- sprüche geltend gemacht worden?	Name, Vorname	Datum
	Straße, PLZ, Ort	in Höhe von €
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt oder verschwägert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsverhältnis
		Häusliche Gemeinschaft ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Schadentag	Datum	Uhrzeit
Wo genau ist der Schaden eingetreten?	Straße, PLZ, Ort	

Wer hat den Schaden verursacht?	Name, Vorname		
	Straße, PLZ, Ort		
	bei Jugendlichen Geburtsdatum	Name und Vorname des Erziehungsberechtigten	
	Straße, PLZ, Ort		
Besteht für Sie bzw. den Schaden- verursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gesellschaft	Versicherungsschein-Nr.:

Genaue Schilderung des Schadenhergangs. Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde.	
---	--

Welche Zeugen können Sie benennen?	1.Name, Vorname	Telefon-Nr.:
	Straße, PLZ, Ort	
	2.Name, Vorname	Telefon-Nr.:
	Straße, PLZ, Ort	

Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Behörde	Aktenzeichen
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Behörde	Aktenzeichen

Nur bei Sachschäden beantworten

Was ist beschädigt?			
Anschaffungsjahr	Anschaffungsjahr	Anschaffungspreis	Wie hoch schätzen Sie den Schaden? €
Waren die beschädigten Teile von Ihnen	gemietet <input type="checkbox"/>	gepachtet <input type="checkbox"/>	geliehen <input type="checkbox"/>
Übten Sie an den beschädigten Teilen eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Nur bei Personenschäden beantworten

Angabe über die verletzte Person	1.Name, Vorname	Telefon-Nr.:	
	Straße, PLZ, Ort		
	Alter	Familienstand led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/>	Anzahl und Alter der Kinder
	Beruf/beschäftigt als		
	beschäftigt bei: Name und Anschrift	Telefon-Nr.:	
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	Name	Telefon-Nr.:	
	Straße, PLZ, Ort		
Art und Umfang der Verletzung			
Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers