

# HAFTPFLICHTVERSICHERUNG SCHADENANZEIGE

1 / 4

Versicherungsschein-Nr.:

Name/Firma:

Telefon/Fax/E-Mail:

Beruf/Art des Betriebes:

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt:

 Ja Nein teilweise

## Geschädigter oder Anspruchsteller, auch vermutlicher Anspruchsteller:

Name/Firma:

Adresse:

Telefon/Fax/E-Mail:

Von wem und wann sind Ansprüche geltend gemacht worden? (falls von mehreren, gesondertes Blatt verwenden)

Name/Firma:

Adresse:

Telefon/Fax/E-Mail:

Ansprüche in Höhe von EUR:

Sind Sie mit den Geschädigten verwandt oder verschwägert?

 Ja Nein

Verwandtschaftsverhältnis:

Häusliche Gemeinschaft

 Ja Nein

Schadentag:

Datum:

Uhrzeit:

Wo genau ist der Schaden eingetreten?

Straße/PLZ/Ort:

Fortsetzung Seite 2

# HAFTPFLICHTVERSICHERUNG SCHADENANZEIGE

2 / 4

Wer hat den Schaden verursacht?

Bei Jugendlichen Geburtsdatum und Name des Erziehungsberechtigten:

Besteht für Sie bzw. für den Schadenverursacher noch  
anderweitig eine Haftpflichtversicherung?

 Ja Nein

Genauere Schilderung des Schadenhergangs. Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde. (evtl. gesondertes Blatt verwenden)

## Bankverbindung:

## Welche Zeugen können Sie benennen? (auch Familien und Betriebsangehörige)

Fortsetzung Seite 3

# HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

## SCHADENANZEIGE

### Nur bei Sachschäden zu beantworten!

Was ist beschädigt?

Anschaffungsjahr (falls bekannt): EUR

Anschaffungspreis (falls bekannt): EUR

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? (€)

Übten Sie an den beschädigten Teilen eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit aus?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lautete Ihr Auftrag:

### Nur bei Personenschäden beantworten (soweit Ihnen bereits bekannt geworden)!

Angaben über verletzte Person (bei mehreren Verletzten gesondertes Blatt verwenden)

Name:

Adresse:

Telefon/Fax/E-Mail:

Alter:

Anzahl der Kinder:

Familienstand

ledig

verh.

verw.

gesch.

Beruf/beschäftigt als:

Beschäftigt bei (Name/Adresse/Tel.)

### Behandelnder Arzt und/oder Krankenhaus:

Name:

Adresse:

Telefon/Fax/eMail:

Art und Umfang der Verletzung:

Fortsetzung Seite 4

# HAFTPFLICHTVERSICHERUNG SCHADENANZEIGE

Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeit?

Ja

Nein

Erlitt er den Unfall bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit?

Ja

Nein

Bewußt unwahre oder lückenhafte Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

## Hinweis:

Unsere aktuell geltenden Datenschutzinformationen finden Sie unter [pantaenius.eu/de/datenschutz](https://pantaenius.eu/de/datenschutz)