

Schadenmeldung

Haftpflicht

Versicherungsgesellschaft	<input type="text"/>	Police Nr.	<input type="text"/>
Betroffene Versicherung	<input type="checkbox"/> Betriebshaftpflicht	<input type="checkbox"/> Berufshaftpflicht	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht
Versicherungsnehmer	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Homepage	<input type="text"/>
Zuständig	<input type="text"/>	Direktwahl	<input type="text"/>
Funktion / Abteilung	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Evtl. Filiale	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>	MwSt.?	<input type="text"/>

Datum / Uhrzeit / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schadensursache	<input type="text"/>		
Schadenshergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport vorhanden ist)	<input type="text"/>		
Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?	
Zeugen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wer?	
Eigene Einschätzung	<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Material, fehlerhafte Einrichtung	<input type="checkbox"/> Verschulden Familienangehörige, Mitarbeiter	
	<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten	<input type="checkbox"/> Verschulden von Drittpersonen, näheren Angaben	
	<input type="checkbox"/> Selbstverschulden		
Personenschäden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, nähere Angaben	

Sachschäden	Betrag	Art	Geschädigter / Eigentümer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzungsfragen	Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder Schadenverursacher verwandt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Verwandschaftsgrad?
	Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder des Schadenverursachers?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	In welcher Eigenschaft?
	Standen der Versicherungsnehmer oder Schadenverursacher im Dienste des Geschädigten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	In welcher Eigenschaft?
	Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	In Welcher Höhe?

Wichtiger Hinweis Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen!

Die unterzeichneten Personen ermächtigen die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer weiterleiten. Ferner wird die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffs auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichneten Personen haben das Recht, bei der Versicherungs-gesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer
------------	----------------------------------