

Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

Empfänger: Versicherungsbüro J. Friedrich GmbH Telefon: 0 70 33/1 39 35 Telefax: 0 70 33/3 45 45 Mail: info@friedrich-versicherungen.de		Absender: 	
VS-Nr.:		Schaden-Nr.	
Schadentag	Uhrzeit	Schadenort	
VN		Ast	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
Plz, Ort:		Plz, Ort:	
Tel.: Fax:		Tel. Fax:	
Bank VN: Kto.-Nr.: Blz:		Bank Ast (Konto-Inhaber): Kto.-Nr.: Blz:	
Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		In welcher Höhe?	
		Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift, bei Kindern und Jugendlichen auch Geb.-Datum)			
Welche Zeugen können Sie benennen? (Name, Anschrift, Telefon)			
1.			
2.			
Welche Polizeidienststelle hat den Vorgang aufgenommen?		Tagebuch-Nr.:	
Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Behörde:	Aktenzeichen:
Ist der Anspruchsteller ein <input type="checkbox"/> ein Angehöriger von Ihnen? <input type="checkbox"/> bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ein Vertragspartner?			
Lebt der Angehörige mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welcher Art ist das Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnis?	
Welche Sachen wurden beschädigt?			
Art und Umfang der Beschädigung?			
Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wo können die Sachen besichtigt werden?			
Anschaffungsdatum/.preis (falls bekannt)?			
Hatten Sie die beschädigte Sache <input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> In Verwahrung? <input type="checkbox"/> zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> zu reparieren? <input type="checkbox"/> zu befördern?			
Nur bei Personenschäden:			
Name und Anschrift der verletzten Personen:			
Liegt ein Wege- oder Arbeitsunfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?	
Arbeitgeber / Anschrift:			

Behandelnder Arzt / Krankenhaus	
Art und Umfang der Verletzungen	
<u>Schadenschilderung:</u>	
Unterschrift	Datum