



Versicherungsnehmer (Anschrift)

Versicherungsschein-Nr.

Beruf des Versicherungsnehmers

Schadentag

Uhrzeit

(Bitte Schadendatum vollständig angeben)

Schadenort (Anschrift mit Postleitzahl)

Konto-Nr. des Versicherungsnehmers

Bankleitzahl

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Geldinstitutes/Filiale

Schadenanzeige Haftpflicht

Telefon mit Vorwahl geschäftlich

privat

Achtung

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich zurückzusenden. Das Formular darf nicht dem Geschädigten zur Beantwortung übergeben werden. Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Einwilligung der Gesellschaft den Haftpflichtanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder zu befriedigen (vergleiche § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung).

Erste Einschätzung der Schadenhöhe Sollte der Schaden 5.000 € erreichen bzw. überschreiten, rufen Sie uns bitte an!		<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> bis 300 €	<input type="checkbox"/> bis 800 €	<input type="checkbox"/> bis 2.500 €
		<input type="checkbox"/> bis 2.500 €	<input type="checkbox"/> ca.	€	
1.1	Zu- und Vorname der geschädigten Person <i>(Bitte in Blockschrift)</i>				
1.2	Straße, Haus.Nr.				
1.3	Postleitzahl, Wohnort				
1.4	Tel-Nr. mit Vorwahl				
1.5	Konto-Nr. mit Bankleitzahl, wenn bekannt Kontoinhaber Geldinstitut/PSA <i>(Name, Anschrift, Filiale)</i>				
1.6	Beruf				
1.7	Wenn nicht selbständig, wo beschäftigt				
2.1	Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches		
2.2	Lebt sie mit Ihnen in einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
2.3	Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein Arbeits-, Lohn-, Miet- oder sonstiges Verhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches		
3.	Was war der Anlaß und wie war der Hergang des Schadenfalles <i>Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend. Die Schilderung, falls erforderlich, auf einem gesonderten Blatt fortsetzen und durch eine einfache Skizze erläutern.</i>				

4 Welche Personen waren Augenzeuge	1. Zeuge	2. Zeuge
4.1 Zuname, Vorname		
4.2 Beruf		
4.3 Straße, Haus-Nr.		
4.4 Postleitzahl, Wohnort		
4.5 Hat eine Polizeidienststelle ein Protokoll aufgenommen <i>(Wenn möglich bitte Tagebuch-Nr. angeben)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tagebuch-Nr:
5.1 Mit welcher Begründung wird Ihnen bzw. einem Ihrer Familien- oder Betriebsangehörigen ein Verschulden angelastet		
5.2 Name und Geburtsdatum dieser Person		
5.3 Hat die geschädigte Person den Schadenfall ganz oder teilweise selbst verschuldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, inwiefern	
6.1 Sind Schadenersatzansprüche gegen Sie erhoben worden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich <i>(Schriftstücke bitte beifügen)</i>
6.2 Sind die Schadenersatzansprüche zu hoch Möglichst eingehende Begründung, ggf. auf gesondertem Blatt		
6.3 Sind Sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung unmittelbar an den Anspruchserhebenden einverstanden Wenn nein, aus welchem Grund	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

7 Nur auszufüllen bei Personenschäden	
7.1 Worin besteht die Verletzung	
7.2 Welcher Arzt oder welches Krankenhaus behandelt die verletzte Person	
7.3 Geburtsdatum der verletzten Person	
7.4 Familienstand der verletzten Person	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
7.5 Sind Kinder vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl im Alter von Jahren
7.6 Besteht ein Anspruch der verletzten Person auf Entschädigung von dritter Seite <i>(Krankenhaus, Berufsgenossenschaft o.ä)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von

8 Nur auszufüllen bei Sachbeschädigungen	
8.1 Welche Sachen wurden beschädigt	
8.2 Worin besteht die Beschädigung	
8.3 Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Sachen angeschafft worden <i>(evtl. Liste beifügen)</i>	Datum € Datum €
8.4 Ist eine Reparatur möglich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie hoch schätzen Sie den Schaden
8.5 Ist dabei berücksichtigt, daß die Sachen schon abgenützt oder beschädigt waren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.6 Sind die beschädigten Sachen anderweitig bereits versichert <i>(Hausrat, Gebäude, KFZ ?)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Versicherungsschein-Nr:
9.1 Hatten Sie oder ein Mitversicherter (z.B. Familien- oder Betriebsangehöriger) die beschädigte Sache gemietet, gepachtet, geliehen oder in Verwaltung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar von bis
9.2 Haben Sie oder ein Mitversicherter (z.B. Betriebsangehöriger) eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache ausgeübt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche

Vorstehende Fragen sind von mir nach bestem Gewissen wahrheitsgetreu beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. des gesetzlichen Vertreter
Die Rechtsprechung des BGH veranlaßt uns zu dem vorsorglichen Hinweis, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn diese Angaben keinen Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung bzw. den Umfang der Versicherungsleistung gehabt haben.	