

Haftpflicht-Schadenanzeige

AFB GmbH
Kaistr. 13
40221 Düsseldorf

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:
Versicherungsscheinnummer:
Schadennummer (sofern bereits vorhanden):

Angaben zum Versicherungsnehmer	
1	Beruf des VN: _____ Telefon: _____ Letzte Prämie gezahlt am: _____ Sind Sie noch anderweitig haftpflichtversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in der Eigenschaft als _____ Bei welcher Gesellschaft? _____ Vers.Schein-Nr. : _____
Angaben zum Geschädigten / Anspruchsteller / Verletzten	
2	Name, Vorname: _____ Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon: _____ Beruf: _____ beschäftigt bei (soweit bekannt): _____ Alter/Familienstand (soweit bekannt): _____
3	Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ Steht er in einem Lohn-, Arbeits- oder Auftragsverhältnis zu Ihnen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angaben zum Schaden	
4	Schadentag: _____ Uhrzeit: _____ Schadenort (Ort, Str., Haus-Nr.): _____
5	Was ist beschädigt? _____
6	Anschaffungsjahr: _____ Anschaffungspreis: _____ € (Belege beifügen) Ist eine Wiederherstellung möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit einem Aufwand von _____ € (Belege beifügen) Wo befindet sich die beschädigte Sache? _____
7	Ist die beschädigte Sache versichert (Kasko-, Glasbruch-, Transport-, Feuer-, Tierversicherung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bei welcher Gesellschaft? _____ Vers.Schein-Nr. : _____
8	Hatten Sie die geschädigte Sache <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> in Verwahrung ? Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____

9	<p>Wer soll den Schaden verursacht haben?</p> <p>Name, Vorname: _____ Anschrift: _____</p> <p>Bei Jugendlichen, Geburtsdatum: _____ Erziehungsberechtigter: _____</p>
---	---

10	Mit welcher Begründung wird dem Schadenverursacher ein Verschulden vorgeworfen?
----	---

11	<p>Liegt ein Verschulden/Mitverschulden des Geschädigten vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, weshalb? _____</p>
----	---

12	<p>Ist eine weitere Person mitverantwortlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, wer und weshalb? _____</p>
----	---

13	<p>Welche Zeugen können Sie benennen?</p> <p>Name, Vorname: _____ Anschrift: _____</p>
----	--

14	<p>Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden oder wurde ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, geben Sie bitte die Behörde und das Aktenzeichen an: _____</p>
----	--

15	Ausführliche Schadenschilderung (ggf. auf besonderem Blatt)
----	---

Bei Personenschäden zusätzlich ausfüllen:

16	Art und Umfang der Verletzung: _____
----	--------------------------------------

17	Voraussichtliche Genesung: _____
----	----------------------------------

18	<p>Ungefähres Einkommen der verletzten Person: _____ €</p> <p>Erhält die verletzte Person eine Rente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, in welcher Höhe? _____ €</p>
----	---

19	Behandelnder Arzt / Krankenhaus: _____
----	--

20	Zuständige Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft: _____
----	--

21	<p>Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, wann erfolgte die Meldung? _____</p>
----	--

22	<p>Befand sich die verletzte Person auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Erlitt sie den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
----	--

23	Raum für sonstige Vermerke
----	----------------------------

Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich. Bewusst wahrheitswidrige/unvollständige Angaben führen auch dann zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes, wenn diese ohne nachteilige Folgen für den Versicherer bleiben. Ebenso führt die Anerkennung/Befriedigung von Ansprüchen ohne Zustimmung des Versicherers zum Verlust des Versicherungsschutzes. Vorstehende Fragen sind von mir nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet. Mit einer Auszahlung einer eventuellen Entschädigung an den Anspruchsteller bin ich einverstanden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____