

## SCHADENMELDUNG HAFTPFLICHT

Versicherer		Pol.Nr.	
Vertragsart		SchadenNr. VR	
		SchadenNr. SH	

Betrieb  
 Privat

Gebäude  
 Tier

### Daten des Versicherungsnehmers

Name	_____
Adresse	_____
Telefon (Bürozeiten)	_____
Mail	_____

### Daten zum Schadenereignis

Schadentag		Schadenuhrzeit	
Schadenort		Polizeil. Aufnahme	

### Daten des Gegners

Name	_____
Adresse	_____
Telefon (Bürozeiten)	_____
Mail	_____

### Schadendarstellung

---



---



---



---

### Personenschaden

---



---

### Vom Schaden betroffene Werte (Gebäude, Einrichtung, Waren, Bargeld, etc)

---



---

Pol.Nummer \_\_\_\_\_

Schadenmeldung Haft

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verwandtschaftsgrad?		
Lebt er/sie mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Ihrer Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Erläuterung:		
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie oder Ihre Angestellten bzw. Familienangehörigen die beschädigten Sachen zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### Diverse Angaben

> Wer verschuldete den Schaden (Name, Adresse, Tel)

> Zeugen (Name, Adresse)

> Angaben zum Eigentümer der betroffenen Sachen/ Hausverwaltung bzw. Hausinhaber

> Wurden Ersatzansprüche und in welcher Höhe an Sie gestellt  nein  ja EUR \_\_\_\_\_

> Halten Sie diese Forderungen für berechtigt  nein  ja

> Besteht eine Gebäudeversicherung/ Nebenversicherung  nein  ja

### Schadenerledigung

Dieser Schadenmeldung liegen folgende Originalrechnungen bei

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Der Betrag soll

O per Post an die Adresse des VN überbracht X an folgende Bankverbindung überwiesen werden

Kontonummer \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ lautend \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben vollständig und nach meinem Wissen der Wahrheit gegeben habe. Gleichzeitig bevollmächtige ich den Versicherer bzw. SH Versicherungsmakler & Consulting, in alle diesen Vorfall betreffende Akte bei den zuständigen Behörden, Soz.Vers.Träger etc. Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer