

Haftpflicht-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft: _____

Vers.-Schein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

ANTHROVITA GmbH & Co. KG

Geschäftsführer: Michael Hey-Stöcken
Versicherungsmakler
Steinberg 6a
21755 Hechthausen

Telefon 0 47 74 – 12 98

Telefax 0 47 74 – 92 14

E-Mail: info@anthrovita.de

Internet: www.anthrovita.de

Neu: Unsere konsequent nachhaltige Produktlinie **Green Compact** finden Sie unter www.greencompact.net

Beantworten Sie bitte die Fragen eingehend und wahrheitsgemäß. Soweit der Raum nicht ausreicht, bitte ein Beiblatt verwenden.

1. Versicherungsnehmer, versichertes Risiko

Name, Vorname		Beruf
Anschrift		Telefon
Versichertes Risiko:		
<input type="checkbox"/> Betrieb	mit _____ Beschäftigten und mit _____ € Jahreslohnsumme	Vermieten Sie Räume Ihres Gebäudes, Ihrer Wohnung oder Teile Ihres Grundstücks? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Grundstück	mit _____ € Jahresmietwert	
<input type="checkbox"/> Landwirtschaft	mit _____ ha Gesamtfläche	
<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht		

2. Verursacher des Schadens

Name, Vorname		Geburtstag
Anschrift		Telefon
Bestehen verwandtschaftliche oder berufliche Beziehungen zum Versicherungsnehmer (z. B. Kind, Angestellter, Geselle)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____		
Tätigkeit, bei der sich der Schaden ereignete:		Handelte er in Ihrem Auftrag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Geschädigter

Name, Vorname		Beruf	Selbstständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift		Telefon	
Ist er mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Vertragliche Beziehungen zum Versicherungsnehmer (z.B. Betriebsangehöriger, Käufer, Mieter, Reparaturauftrag) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	

4. Zeugen, Polizei

Namen, Anschriften und Telefon-Nummern der Augenzeugen			Beteiligt als (z.B. Mitarbeiter, Passant)
Polizeilich festgestellt am	Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	Verfahren gegen

5. Schadenereignis

Schadentag	Uhrzeit (0-24)	Unfallort (genaue Bezeichnung mit Räumlichkeit, Straße, Hausnummer, usw.)
Schilderung des Schadenhergangs		Unfallskizze

6. Personenschaden

Verletzungen	Geburtsdag	Familienstand	Alter der Kinder
Ambulante Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krankenhausbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfall während der beruflichen Tätigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Arzt oder Krankenhaus	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krankenkasse	Berufsgenossenschaft		

7. Sachschaden (auch Tiere)

Bezeichnung der Sachen		Art der Beschädigung
Gekauft am	Kaufpreis	Reparaturkosten (evtl. Belege beifügen)
Wo kann die Sache besichtigt werden?		
Die beschädigte Sache hatte ich <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> in Verwahrung		Die Sache war versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar gegen <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Kasko Versicherer (Name, Anschrift, Vers.-Schein-Nr.): _____
Sind Sie gegebenenfalls mit einer Zahlung an den Geschädigten einverstanden? Falls nein, aus welchem Grunde?		

Wenn ja: Bankverbindung vom Geschädigten:

IBAN: _____ BIC: _____

Ist der Geschädigte vorsteuerabzugsberechtigt? _____

8. Ergänzende Bemerkungen

9. Ihre Bankverbindung:

IBAN: _____ BIC: _____

Sind sie vorsteuerabzugsberechtigt? _____

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)

(Unterschrift des Schadenverursachers)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen))