

## Haftpflicht-Schadenanzeige

### Schadenmelder

VN  anderer, und zwar Schadenbeteiligter Nr. \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: (sofern bekannt) \_\_\_\_\_ Gesellschaft: \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnehmer (VN)** Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  m  w  d  
Hausanschrift: Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
LKZ \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach \_\_\_\_\_  
Telefon  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_ Fax  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Schadendaten

**Schadenzeitpunkt** Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_  
**Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung:** Datum \_\_\_\_\_  mündlich  schriftlich bei:  Vermittler  \_\_\_\_\_  
**Schadenort** Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
LKZ \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Polizeiliche Aufnahme

nein  unklar  ja, \_\_\_\_\_ Dienststelle \_\_\_\_\_ Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Schadenbeteiligten

**1. Schadenbeteiligter**  Anspruchsteller  verletzte Person  Schadenverursacher  Augenzeuge  Eigentümer  
 behandelnder Arzt  Krankenhaus  
Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  m  w  d  
Hausanschrift: Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
LKZ \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach \_\_\_\_\_  
Telefon  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_ Fax  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_

**2. Schadenbeteiligter**  Anspruchsteller  verletzte Person  Schadenverursacher  Augenzeuge  Eigentümer  
 behandelnder Arzt  Krankenhaus  
Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  m  w  d  
Hausanschrift: Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
LKZ \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach \_\_\_\_\_  
Telefon  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_ Fax  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_

**3. Schadenbeteiligter**  Anspruchsteller  verletzte Person  Schadenverursacher  Augenzeuge  Eigentümer  
 behandelnder Arzt  Krankenhaus  
Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  m  w  d  
Hausanschrift: Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
LKZ \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach \_\_\_\_\_  
Telefon  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_ Fax  geschäftlich  privat \_\_\_\_\_

**Weitere Schadenbeteiligte**  nein  Ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

## Haftpflicht-Schadenanzeige

### Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

**Gesondertes Blatt**  nein  ja      **Skizze**  nein  ja

Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung?  nein  unklar  ja

Entstand der Schaden durch Ausübung einer beruflichen/gewerblichen Tätigkeit an oder mit den beschädigten Sachen?  nein  unklar  ja

### Verhältnis des Anspruchstellers zum VN

Arbeits- oder Dienstverhältnis  nein  unklar  ja

Häusliche Gemeinschaft  nein  unklar  ja

Familien-/Verwandtschaftsverhältnis  nein  unklar  Eltern/Kinder  Geschwister  Großeltern/Enkel  Sonstige Verwandte

### Schadenersatzansprüche gegen VN

Schadenersatzansprüche durch Geschädigten  nein  mündlich  schriftlich

Eigenverschulden durch Geschädigten  nein  unklar  teilweise  ganz

Geltend gemachte Ansprüche  nein  unklar  ja  zu hoch

Zahlung bereits geleistet  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_ EUR

durch:  VN  Agentur an:  Geschädigten  Abtretungsgläubiger

**Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt**  nein  unklar  ja

### Schadenart

**Sachschaden**  nein  unklar  ja

**Personenschaden** \_\_\_\_\_  nein  unklar  ja

**Gewinnausfall**  nein  unklar  ja

**Sonstige:** \_\_\_\_\_

### Vom Schaden betroffene Sachen

**Kategorie**  Brille  Handy  Computer  KFZ  Tier  Sonstiges \_\_\_\_\_

Art/Umfang der Beschädigung  Abhanden gekommen  Totalschaden  Reparaturschaden  Wertminderung

Hersteller/Typ \_\_\_\_\_

**Belegart:**  ohne Beleg  unklar  Beleg bei Agentur archiviert  Beleg folgt  Beleg liegt bei  Kaufdatum \_\_\_\_\_

Kostenvoranschlag  Reparaturrechnung  Anschaffungsrechnung    Kaufpreis in \_\_\_\_\_ EUR

Unreparierte Vorschäden  nein  unklar  ja

Sachverständiger  nicht nötig  nötig  bereits beauftragt

**Voraussichtliche Schadenhöhe** in \_\_\_\_\_ EUR

### Brillen-/Handyschaden etc.

Beschädigter Gegenstand existiert noch  nein  unklar  ja      Gegenstand ist/war reparabel  nein  unklar  ja

Gegenstand ist bereits repariert worden  nein  unklar  ja      Reparaturrechnung vorhanden  nein  unklar  ja

## Haftpflicht-Schadenanzeige

### KFZ-Schaden

Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Hersteller \_\_\_\_\_ Fabrikat \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_  
Fahrzeug-Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Erstzulassung \_\_\_\_\_ Gesamtlaufleistung in km \_\_\_\_\_  
Inanspruchnahme der eigenen Kaskoversicherung  nein  unklar  ja  
Versicherer zum Schadenzeitpunkt \_\_\_\_\_

### Tierschaden

Schaden an Tieren:  Schaden durch Tiere  Katze  Hund  Pferd  Sonstiges \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_ im Besitz des Tieres seit: \_\_\_\_\_  beruflich/gewerblich genutztes Tier  
Weitere Tiere dieser Art im Besitz  nein  unklar  ja, und zwar (Anzahl): \_\_\_\_\_  
Hund des VN war angeleint  nein  unklar  ja  
Hund des Anspruchstellers war angeleint  nein  unklar  ja  
**Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier:** \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter Nr. \_\_\_\_\_ Für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Personenschaden

Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter Nr. \_\_\_\_\_

#### Verletzungsart:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leichte Verletzungen ohne Dauerschaden               | <input type="checkbox"/> Verletzungen mit Dauerschaden (AU >3 Monate)  | <input type="checkbox"/> Verletzungen der inneren Organe    |
| <input type="checkbox"/> Einfache Brüche (Beine/Arme) oder Prellungen         | <input type="checkbox"/> Hüft-/Oberschenkelhalsbruch                   | <input type="checkbox"/> Schädelbruch                       |
| <input type="checkbox"/> Komplizierte Brüche/Mehrfachfraktur von Extremitäten | <input type="checkbox"/> Verlust des kompletten Seh- oder Hörvermögens | <input type="checkbox"/> Wirbelbruch                        |
| <input type="checkbox"/> Brandwunden ohne entstellte Verletzungen             | <input type="checkbox"/> Brandwunden mit entstellten Verletzungen      | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung                |
| <input type="checkbox"/> Hundebisse ohne entstellende Verletzungen            | <input type="checkbox"/> Hundebisse mit entstellenden Verletzungen     | <input type="checkbox"/> AU <1 Woche/<br>max. 3 Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Amputationen von Fingern/Zehen                       | <input type="checkbox"/> Amputationen (nicht Finger/Zehen)             | <input type="checkbox"/> Tod                                |

### Beschreibung der Verletzung

- Verletzter wurde bewusstlos abtransportiert  Abtransport mit Rettungshubschrauber  Transport in Spezialklinik

**Arbeitsunfähigkeit**  nein  unklar  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Ambulante Behandlung**  nein  unklar  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Stationäre Behandlung**  nein  unklar  ja, voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ Wochen

**Bei verletzten Kindern:** Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten siehe Schadenbeteiligte Nr. \_\_\_\_\_

### Schaden durch Kinder

Alter des Kindes \_\_\_\_\_ Jahre

Verwandtschaftsverhältnis zum VN  nein  eigenes Kind  Adoptivkind  Stiefkind  Pflegekind  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ausbildung  Schule  Studium  Ausbildung/Lehre  Grundwehrdienst/Zivildienst  Referendarzeit

Bisheriger Abschluss  Schule  Studium  Ausbildung/Lehre  Grundwehrdienst/Zivildienst  Referendarzeit

Welche anderen Kinder haben an der Entstehung des Schadens mitgewirkt? Name und Anschrift, siehe Schadenbeteiligter Nr. \_\_\_\_\_

## Haftpflicht-Schadenanzeige

Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Kind? Name und Anschrift, siehe Schadenbeteiligter Nr. \_\_\_\_\_

Wann ungefähr hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut? \_\_\_\_\_

Wie wurde das Kind beaufsichtigt? Bitte insbesondere zu folgenden Punkten Stellung nehmen: Standort und Entfernung der Aufsichtsperson vom Kind, Beobachtungsmöglichkeit, Aufenthaltsdauer des Kindes an der Schadenstelle.

### Schaden durch Sport

**Sportart:**  Fußball  Handball  Kampfsport  Tennis  Skifahren/Inlineskating  Squash  Sonstiges \_\_\_\_\_

Segeln mit eigenem Segelboot  nein  ja Segelfläche in qm \_\_\_\_\_

Motorboot  eigenes  gemietet/geliehen Motorstärke in PS \_\_\_\_\_/kW \_\_\_\_\_

Während organisierter Sportveranstaltung  nein  unklar  ja

### Wasser

Durchnässung Inventar (s. Gegenstände)  nein  unklar  ja letzte Renovierung (MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

Durchnässung Gebäude  nein  unklar  ja

Inanspruchnahme der eigenen Hausrat-/Gebäudeversicherung:  nein  unklar  ja

### Auslandsschaden

Grund des Auslandsaufenthaltes: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Sonstige Angaben

### Konto für die Schadenzahlung

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls abweichend) \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

### Belehrung

Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässig, unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt ggf. nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

### Erklärung

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherer die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

x

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers