



**VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT**

**HAFTPFLICHT  
SCHADENANZEIGE**

Polizzenummer

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Vor- und Zuname / Firmenname	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

**VERSICHERTES RISIKO**

**HAFTPFLICHT**

**ANGABEN ZUM EREIGNIS**

Ereignisort	Datum	Uhrzeit
Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufs (Bei Beteiligung von Kindern bitte deren Alter angeben)		

Von welcher Behörde wurde das Ereignis aufgenommen?	Ihre Beurteilung des Verschuldens: <input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein    verschulden
---	---

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)
--

**SACHSCHADEN**

Beschädigte Sachen	Höhe des Schadens
Eigentümer (Name, Anschrift)	Telefon (zwischen 8 und 16 Uhr)
War Ihnen die beschädigte Sache anvertraut <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	oder hatten Sie an dieser zu arbeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**PERSONENSCHADEN**

Verletzte Person (Name, Anschrift, Telefon)	Art der Verletzung
---	--------------------

**ALLGEMEINE ANGABEN**

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

**SCHADEN DURCH LEITUNGSWASSER**

Hauseigentümer oder Verwalter (Namen, Anschrift, Telefonnummer)	
Bei welcher Gesellschaft besteht eine Gebäude-Leitungswasserversicherung?	Polizzenummer

**SCHADEN DURCH TIERE**

Ist das Tier sonst gutartig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat es schon einmal einen Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

**BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE**

--

Ich (Wir) ermächtige(n) meinen (unseren) Haftpflicht-Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

Ich (Wir) bin (sind) mit der Erledigung des Schadens durch meine (unsere) Versicherung einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers