

SCHADENANZEIGE

für Haftpflichtschäden



Schaden-Nr. _____

Schadenmitteilung bitte umgehend ausfüllen,
unterschreiben und zurücksenden!

Löffler Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Herrenstraße 8
79098 Freiburg

Telefon +49(0)761/3 87 85-0
Telefax +49(0)761/3 87 85-20

E-Mail info@loeffler-versmakler.com

Versicherungsnehmer

Name/Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/Nr.: _____

Telefon/E-Mail: _____

ACHTUNG!

Bitte fertigen Sie Fotos vom Schaden an.
Bewahren Sie die beschädigten Teile auf.

Versicherungsschein-Nr. _____

Schadentag: _____

Uhrzeit: _____

festgestellt am: _____

Schadenort: _____

Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Telefax per E-Mail am _____ gemeldet

Wer hat den Schaden verursacht?

(Bei Kindern auch Geburtsdatum angeben)

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Nr.: _____

Wer kommt sonst noch als Verursacher in Betracht?

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Nr.: _____

Schadenhergang?

(Bitte genau und ausführlich schildern, eventuell ein Extrablatt
benutzen und durch eine Skizze erläutern!)

Wer wurde geschädigt?

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Nr.: _____

Beruf: _____ Tel. tagsüber: _____

Ist Ihnen die geschädigte Person bekannt?

nein ja, inwiefern? _____

Ist die geschädigte Person mit Ihnen
verwandt oder verschwägert?

nein ja, wie? _____

Ist sie in den Haushalt aufgenommen?

nein ja

Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person eine Arbeits- (evtl. Arbeitskollegen), Miet- oder sonstiges Rechtsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches
Gibt es Augenzeugen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name/Vorname: Tel. tagsüber: PLZ: Ort: Straße/Nr.:
Wurde der Vorgang polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dienststelle: Tagebuch-Nr.:
Hat die geschädigte Person den Schaden ganz oder teilweise selbst verursacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil
Sind Ansprüche gegen Sie erhoben worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte evtl. Schreiben vorlegen)

Sachschaden

Welche Sachen wurden beschädigt?
Waren die beschädigten Sachen ...	<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> neuwertig <input type="checkbox"/> gebraucht <input type="checkbox"/> abgenutzt
Worin besteht die Beschädigung?
Ist eine Reparatur möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Wie hoch schätzen Sie den Schaden?	ca. EUR
Wem gehören die Sachen?	Name/Vorname: PLZ: Ort: Straße/Nr.:
Wo können sie besichtigt werden?	PLZ: Ort: Straße/Nr.:
Hatten Sie oder Ihr Beauftragter die Sachen ...	<input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> aufzubewahren <input type="checkbox"/> zu bearbeiten <input type="checkbox"/> zu befördern <input type="checkbox"/> nichts dergleichen
Kann eine eventuell Entschädigung direkt an den Geschädigten gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Haben Sie bereits selbst gezahlt? (Fügen Sie in diesem Fall bitte den Zahlungsnachweis bei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil
Bankverbindung (bitte stets angeben):	Kontoinhaber: Institut: BLZ: Konto-Nr.:

Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen. Dies gilt selbst dann, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit keine für den Versicherer nachteiligen Folgen gehabt hat.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Angaben niedergeschrieben hat.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers

.....
Telefon tagsüber