

SCHADENANZEIGE ZUR HAFTPFLICHT-VERSICHERUNG BEI PERSONENSCHADEN

DATEN VERSICHERUNGSNEHMER/-IN

Name, Vorname / Firmierung

Vertragsnummer/-n

Versicherer

ANGABEN ZUM PERSONENSCHADEN (verletzte Person)

Name/Vorname

PLZ/Ort

Straße/Hausnr.

Vorwahl/Tel.-Nr.

Schadenstag

Straße

Datum

Uhrzeit

PLZ/Ort

Art der Verletzung?

Genaue Schilderung des Schadenhergangs. Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde (evtl. gesondertes Blatt verwenden).

Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?

Ja Nein

Dienststelle

Aktenzeichen

Trifft den/die Anspruchsteller/-in / Geschädigte/-n Ihres Erachtens ein Mitverschulden?

Ja Nein

ENDANGABEN

Sind bereits Ersatzansprüche an Sie gestellt worden?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? (in Euro)

Sind Sie mit der Auszahlung der Entschädigung unmittelbar an den/die Anspruchsteller/-in einverstanden?

Ja Nein

ANGABEN ZUM/R ANSPRUCHSTELLER/-IN

Name/Vorname

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Mit Unterschrift(en) wird bestätigt, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind und dass Änderungen, die sich eventuell ergeben, unverzüglich dem Versicherer mitgeteilt werden. Bitte haben Sie Verständnis, dass bei der Kurzform dieser Schadenanzeige, weitere Rückfragen notwendig sein können.

Ort/Datum

Unterschrift(en)