Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft |  |
| Policen-Nummer |  |
| Schaden-Nummer |  |
| Versicherungsnehmer |
| Name, Vorname / Firma |       |
| Ansprechpartner |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | Bankname und Nummer |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Schadenereignis |
| Schadendatum / Zeit |       |
| Schadenort / Strasse |       |
| Genaue Beschreibung des Herganges(kurze Schilderung) |       |
| Verursacher / Ursache |
| Schadenverursacher (Name, Adresse) |       |
| Geburtsdatum |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Stellung im Betrieb |       |
| Ist der Verursacher mit dem Versicherungsnehmer verwandt | [ ]  Ja | Verwandtschaftsgrad |       | [ ]  Nein |
| Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer verwandt | [ ]  Ja | Verwandtschaftsgrad |       | [ ]  Nein |
| Zeugen (Name, Adresse) |       |
| Schadenursache |
| [ ]  Verschulden des Schadenverursachers | [ ]  Verschulden des Geschädigten |
| [ ]  Fehlerhafte Einrichtungen etc. | [ ]        |
| Begründung |       |
| Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden | [ ]  Ja | Wann |       | [ ]  Nein |
| Wenn ja, von welcher Polizeistelle |       |

|  |
| --- |
| Verletzung oder Tötung von Personen |
| **Name, Vorname, Adresse** | **Geb.-Datum** | **Zivil-stand** | **Beruf** | **Arbeitgeber** |
| a)       |       |       |       |       |
| b)       |       |       |       |       |
| c)       |       |       |       |       |
| d)       |       |       |       |       |
| **Art der Verletzung** | **Arzt / Spital (Name, Adresse)** |  **\*** | **Bei welcher Gesellschaft versichert** |
| a)       |       | [ ]  |       |
| b)       |       | [ ]  |       |
| c)       |       | [ ]  |       |
| d)       |       | [ ]  |       |
| **\*** Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert (X wenn ja) |
| Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (auch von Tieren)  |
| **Beschädigter Gegenstand** | **Name, Adresse des Eigentümers** | **Telefon** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Art der Beschädigung** | **Standort** | **Schaden-höhe** | **Bei welcher Gesellschaft versichert** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden |       |
| Wie alt sind die beschädigten Sachen |       |
| Beiliegende Unterlagen (eventuell separat senden) |
| [ ]  Vorkorrespondenz | [ ]  Kauf-, Werk-, Liefervertrag |
| [ ]  Kaufbelege oder Offerten | [ ]  Anwendbare Geschäftsbedingungen |
| [ ]  Fotos | [ ]        |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|       |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |       | Unterschrift desVersicherungsnehmers |       |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an broker@schreibermaronsprenger.li oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.