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 des Versicherungsnehmers |  |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an [broker@schreibermaronsprenger.li](mailto:broker@schreibermaronsprenger.li) oder per Post.

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