

SCHADENANZEIGE - HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

1ST ASSET
ASSEKURANZMAKLER GMBH
Plinganserstrasse 8
81369 München
T +49 (0) 89 726 319 0 - 00
F +49 (0) 89 726 319 0 - 10

Schadennummer:

(Bitte bei jedem Schriftwechsel mit angeben)

Versicherer: VS-Nr.: VR Schaden Nr.:

Versicherungsnehmer: Herr: Frau: Titel:

Vorname: Nachname:

Straße Nr.: PLZ: Ort:

Telefon: Fax: EMail:

Schadentag: Uhrzeit: Schadenfeststellung Tag:

Schadenort / Straße: PLZ: Ort:

Geschädigter / Anspruchsteller: Herr: Frau: Titel:

Vorname: Nachname:

Straße Nr.: PLZ: Ort:

Telefon: Fax: Email:

Ist der Geschädigte: ein Angehöriger von Ihnen ein Lebensgefährte (häusl. Gemeinschaft) bei Ihnen beschäftigt ein Vertragspartner

Art des Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnisses

Angaben zur beschädigten Sache: Bitte Rechnungen, Kostennachweise, Kostenvoranschläge beifügen / nachreichen!

Was wurde beschädigt: Anschaffungsjahr: Anschaffungspreis:

Ist Reparatur möglich? Ja Nein Schadenhöhe geschätzt:

Hatten Sie die beschädigte/n Sache/n: gemietet geliehen zur Verwahrung zu bearbeiten zu reparieren

Zu entschädigen: Versicherungsnehmer Geschädigter IBAN:

Vorsteuerabzug: Ja Nein BIC: Bank:

Angaben zu Schadenhergang / Schadenursache / Schadenverlauf (ggf. separates Blatt):

Wer hat den Schaden verursacht? Herr: Frau: Titel:

Vorname: Nachname:

Straße Nr.: PLZ: Ort:

Telefon: Fax: EMail:

Bei Kindern Geburtsdatum: Haben Sie Ihre Aufsichtspflicht verletzt? Ja Nein

Zeugen:

Es wurde ein Straf- / Ermittlungsverfahren eingeleitet Behörde / Aktenzeichen:

Bei Personenschäden: Angaben zur verletzten Person: Herr: Frau: Titel:

Vorname: Nachname:

Straße Nr.: PLZ: Ort:

Welche Verletzungen sind eingetreten:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.