

# SCHADENSANZEIGE

## Haftpflichtversicherung

### Rücksendung an:

@ schaden@magdeburgerversicherungsmakler.de

+49 (39292)5999-31

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):


Meldung durch  PHV  Tier  HUG  Bauherren-HV  BHV  sonstige  
 VN  Anwalt  Anspruchsteller  Sonstige

Versicherer	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>	Schaden-Nr. VR:	<input type="text"/>
Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenzeit:	<input type="text"/> Uhr	Schadenort:	<input type="text"/>
Voraussichtliche Schadenhöhe:	<input type="text"/> EUR	(Ort, Straße)	<input type="text"/>		

Anspruchsteller (Name, Anschrift, Tel.):	<input type="text"/>		
Ist der Anspruchsteller	<input type="checkbox"/> ein Angehöriger von Ihnen	<input type="checkbox"/> bei Ihnen beschäftigt	<input type="checkbox"/> ein Vertragspartner
Lebt der Angehörige in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welcher Art ist das Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnis:	<input type="text"/>		

Schadensschilderung (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):	<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt	<input type="checkbox"/> Skizze beigefügt
<input type="text"/>		

# SCHADENSANZEIGE

## Haftpflichtversicherung

Wer hat den Schaden verursacht?	<input type="text"/>		
Bei Kindern auch das Geburtsdatum angeben	<input type="text"/>		
Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?	<input type="text"/>	EUR	
Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gesellschaft / Versicherungsschein-Nr.	<input type="text"/>		

<b>Sachschäden</b>			
Was wurde beschädigt?	<input type="text"/>		
Art und Umfang der Beschädigung	<input type="text"/>		
Ist eine Reparatur möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anschaffungspreis <input type="text"/> EUR
Voraussichtliche Schadenhöhe?	<input type="text"/> EUR	Anschaffungsjahr	<input type="text"/>
Haben Sie die beschädigte Sache	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> gepachtet	<input type="checkbox"/> geliehen
	<input type="checkbox"/> zu bearbeiten	<input type="checkbox"/> zu reparieren	<input type="checkbox"/> in Verwahrung <input type="checkbox"/> zu befördern

<b>Personenschäden</b>	
Welche Verletzungen sind eingetreten?	<input type="text"/>
Alter der verletzten Personen:	<input type="text"/>
Familienstand, Beruf, Anzahl und Alter der Kinder	<input type="text"/>
Liegt ein Arbeitsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?	<input type="text"/>

<b>Tierschäden</b>		<input type="checkbox"/> Schaden an Tieren	<input type="checkbox"/> Schaden durch Tiere
<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Rasse:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beruflich/gewerblich genutztes Tier	im Besitz des Tieres seit <input type="text"/>
Weitere Tiere dieser Art im Besitz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl	<input type="text"/>
War der Hund des VN angeleint?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	War der Hund des Anspruchstellers angeleint ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier: (Name und Anschrift/für welchen Zeitraum)	<input type="text"/>		

# SCHADENSANZEIGE

## Haftpflichtversicherung

Namen und Anschrift von Zeugen:		<input type="text"/>	
Polizeiliche Meldung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	
Polizeidienststelle:	<input type="text"/>	Tagebuch-Nr.:	<input type="text"/>
Behörde:	<input type="text"/>	Aktenzeichen:	<input type="text"/>
Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck	
Konto-Nr.:	<input type="text"/>	BLZ:	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>		

Kann die Mehrwertsteuer abgesetzt werden?  ja  nein

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, daß es bei unwahren oder nicht vollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!