

Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>

Sofern das Ereignis durch einen Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbeigeführt worden ist

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>
		Stellung im Betrieb	<input type="text"/>

Schadeneignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme	Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen
Adresse	<input type="text"/>		Durch wen? (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	ja nein

Hergang

Ihre Ansicht zur Schadenursache:

<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Name	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte	Adresse	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten		
<input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson		
Begründung	<input type="text"/>	

