

| | | | |
|--|-----------------------|------------------|-----|
| FK / MED | Schadenanzeige | Seite Zeichen | 1/3 |
| Für den Versicherungsschutz sind wahrheitsgemäße und vollständige Auskünfte erforderlich. | | Makler: | |
| | | | |

Haftpflicht

Haus- und Grundbesitz (HuG)

| |
|--------------------------------------|
| Schaden-Nummer (Bitte stets angeben) |
| Versicherungsschein-Nummer |

| | | |
|--|--------------|---------|
| Name des Versicherungsnehmers | Telefon | Telefax |
| Anschrift | Mobiltelefon | E-Mail |
| Die Entschädigung soll geleistet werden an | | |
| <input type="checkbox"/> per Scheck <input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto Nr. _____ BLZ _____ Bank (PLZ, Ort, genaue Bezeichnung des kontoführenden Institutes) | | |

1. Schadenhergang

| | | |
|------|--|---|
| 1.1 | Wann hat sich der Schaden ereignet? am: _____ Uhrzeit: _____ | Wo? (Genaue Orts- und Straßenangabe) |
| 1.2 | Bei welcher Tätigkeit oder Gelegenheit? | |
| 1.3 | Beschreibung des Schadenhergangs (Falls nicht ausreichend, bitte zusätzliches Blatt verwenden) | Skizze zur Verdeutlichung (falls notwendig) |
| 1.4 | Wer hat den Schaden verursacht? Sie selbst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Name und Anschrift) | Geburtsdatum |
| 1.5 | Ist der Verursacher mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Verhältnis? | Lebte er mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 1.6 | War er bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als was? | |
| 1.7 | Ist der Geschädigte für den Schaden selbst verantwortlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Begründen Sie bitte Ihre Auffassung. (Falls nicht ausreichend, bitte zusätzliches Blatt verwenden) | |
| 1.8 | Wurde der Schadenfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Bitte Anschrift der Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben. | |
| 1.9 | Wer wurde gegebenenfalls polizeilich verwarnet bzw. gegen wen wurde ein Verfahren eingeleitet? Bitte Namen und Anschrift eingeben. | |
| 1.10 | Namen und Anschriften von Zeugen | |

2. Bei Schäden durch Bau-/Renovierungsarbeiten

| | | |
|-----|--|---|
| 2.1 | Wer hat die Bauarbeiten durchgeführt? Bitte legen Sie Auftrag oder Rechnung in Kopie vor. <input type="checkbox"/> Sie selbst <input type="checkbox"/> Firma _____ | Welche Bausumme (Material- und Arbeitsaufwand in EUR) wird nach Beendigung der Baumaßnahmen erreicht? _____ EUR Bitte fügen Sie eine ausführliche Aufstellung des Bauumfangs bei. |
|-----|--|---|

| | |
|---------------------|--|
| Versicherungsnehmer | |
|---------------------|--|

3. Bei Schäden im Zusammenhang mit der Verkehrssicherheit

| | | |
|-----|--|--|
| 3.1 | Wer war zum Schadenzeitpunkt für die Verkehrssicherheit des Anwesens verantwortlich? | In welchem Zustand befand sich die Unfallstelle vor dem Schadenfall? |
| 3.2 | Wann wurde das letzte Mal vor dem Unfall geräumt oder gestreut? | Welche Mittel wurden verwendet? |
| 3.3 | In welchem Zeitraum muss nach Ortsstatuten geräumt und gestreut werden? | |

4. Bei Beschädigung fremder Sachen

| | | | |
|-----|---|--|---|
| 4.1 | Name und Anschrift des Geschädigten | | |
| 4.2 | Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Verhältnis? | Lebte er mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 4.3 | Was wurde beschädigt? | Haben Sie die beschädigte Sache <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geliehen oder <input type="checkbox"/> gepachtet | |
| | | Wie hoch schätzen Sie den Schaden? EUR | |
| 4.4 | Bei Kraftfahrzeugbeschädigung | Fahrzeugart und Hersteller | Amtliches Kennzeichen Typenbezeichnung |
| 4.5 | Wo kann das Kfz besichtigt werden? | | |

5. Bei Körperverletzung oder Tötung

| | | | |
|-----|---|--|---------|
| 5.1 | Name der verletzten/getöteten Person | Geburtsdatum | Beruf |
| 5.2 | Anschrift | Familienstand | Telefon |
| 5.3 | Ist die verletzte/getötete Person mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Verhältnis? | Lebte sie mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| 5.4 | War sie bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als was? | | |
| 5.5 | Welche Verletzungen liegen vor? | | |
| 5.6 | Wo befindet sich die verletzte Person? | | |
| 5.7 | Name, Anschrift des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses | | |
| 5.8 | Befand sich die verletzte Person auf dem Wege zur oder von der Arbeitsstelle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| 5.9 | Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Name und Anschrift der BG: | | |

6. Sonstiges

| | |
|-----|---|
| 6.1 | Wer hat Ansprüche gegen Sie erhoben? (bitte Schriftstücke beifügen) |
| 6.2 | Haben Sie bereits einen Anwalt beauftragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Name und Anschrift angeben. |

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-------|-----|
| FK / MED | Schadenanzeige | Seite | 3/3 |
| Haftung Haus- u. Grundbesitz (HuG) | | | |

| | |
|---------------------|--|
| Versicherungsnehmer | |
| Vorgang | |

Die erforderlichen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert.

Ohne Zustimmung der Gesellschaft dürfen Ansprüche im Regelfall weder anerkannt noch Entschädigungszahlungen geleistet werden. Alle in dieser Angelegenheit eingehenden Schriftstücke sind sofort der Gesellschaft oder der zuständigen Geschäftsstelle einzureichen, insbesondere Klagen, Mahnbescheide, Armenrechtsgesuche; gegen Mahnbescheide ist zuvor fristgerecht Widerspruch einzulegen, falls wir keine andere Weisung erteilen. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben bewirken die Leistungsfreiheit des Versicherers, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

| | | | | |
|-----|-------|---|-------------------------|--------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift/Stempel Versicherungsnehmer | Unterschrift Anwesender | Unterschrift/Stempel Makler |
|-----|-------|---|-------------------------|--------------------------------|