

HP-Schadenmeldung

Haftpflicht-Versicherung

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Versicherung: | Polizzenummer: |
|----------------------|-----------------------|

Daten des Versicherungsnehmers

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------|
| Versicherungs- nehmer | Name: | _____ |
| | Anschrift: | _____ |
| | Geburtsdatum: | _____ |

Angaben zum Schaden

Schadendatum und Uhrzeit: _____

Schadenort: _____

Behördliche Aufnahme / Aktenzahl: _____

Beschreibung des Schadenherganges:

Daten des Geschädigten

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

| Beschädigte Gegenstände des Geschädigten* | | |
|---|------|-------|
| | Wert | Alter |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| SUMME | | |

* Bitte die Rechnung(en) beilegen, falls vorhanden.

Risikofragen

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Halten Sie eine Reparatur der beschädigten Gegenstände für möglich? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie die beschädigten Gegenstände zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie? Wenn ja, von wem: In welcher Höhe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Halten Sie diese Forderung(en) berechtigt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trifft Sie ein Versehen oder Verschulden an dem Vorfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gibt es Zeugen? Wenn ja, Angabe des Namens | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Zahlung der Entschädigung

| | | |
|-----------|---------------|-------|
| an | Bank: | _____ |
| | BLZ: | _____ |
| | Kontonummer: | _____ |
| | Kontoinhaber: | _____ |

Sonstiges

Ich ermächtige die oben genannte Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer