

SCHADENSANZEIGE

Haftpflichtversicherung



Rücksendung an:

@ service@vam-burg.de

📄 49 (3921) 97 69 407

✉ VAM Versicherungsmakler GmbH
Bahnhofstraße 3
39288 Burg

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"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<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"/>		

Sachschäden			
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

Personenschäden	
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"/>

Tierschäden		<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

van

Ihr Bürger Versicherungs

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	
IBAN.:	<input type="text"/>	BIC:	<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!