

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