

# Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

zur Polizza Nr. \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Schadenmeldung vollständig  
ausgefüllt an die für Ihren Wohnsitz  
zuständige Schadenabteilung

|                                       |                                                                                                                                               |                                   |                            |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| <b>Versicherungsnehmer (VN)</b>       | Name                                                                                                                                          | SCHADENNUMMER                     |                            |
| <b>Anschrift</b>                      | Postleitzahl                                                                                                                                  | Telefon                           |                            |
|                                       |                                                                                                                                               | Gerichtsbezirk                    |                            |
| <b>Geschädigter</b>                   | Name                                                                                                                                          | Beruf                             |                            |
| <b>Anschrift</b>                      | Postleitzahl                                                                                                                                  | Geburtsdatum bzw. Alter           |                            |
|                                       | Familienstand (Zutreffendes bitte ankreuzen)<br><input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet |                                   |                            |
| <b>Dienstverhältnis zum VN</b>        | War der Geschädigte ständig bei Ihnen bedienstet?                                                                                             | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       | Fallweise für Sie tätig?                                                                                                                      | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       | Ihr Auftraggeber?                                                                                                                             | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
| <b>Verwandtschaft zum VN</b>          | Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?                                                                                                       | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       | Sind Sie mit dem Geschädigten verschwägert?                                                                                                   | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
| <b>Gesellschaftsverhältnis Zum VN</b> | Verwandtschaftsgrad                                                                                                                           | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       |                                                                                                                                               |                                   |                            |
| <b>Sonstige Versicherungen</b>        | Besteht eine andere Haftpflichtversicherung?                                                                                                  | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       | Besteht eine andere Haushaltsversicherung?                                                                                                    | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
|                                       | Wenn ja: wo?    Anstalt, Policen-Nr.                                                                                                          |                                   |                            |
| <b>Schadenereignis</b>                | Schadentag      Uhrzeit                                                                                                                       | Schadenort                        |                            |
|                                       | Durfte der Geschädigte am Schadenort verkehren?                                                                                               | <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein |
| <b>Behördenaufnahme</b>               | Welche Behörde wurde von dem Vorfall verständigt?                                                                                             | <input type="radio"/> Polizei     | In:                        |
|                                       |                                                                                                                                               | <input type="radio"/> Gendarmerie |                            |
| <b>Augenzeugen</b>                    | Name                                                                                                                                          | Adresse                           |                            |
| <b>Schadenschilderung mit Skizze</b>  |                                                                                                                                               |                                   |                            |
|                                       |                                                                                                                                               |                                   |                            |

|                                                                                |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Schadenverursacher</b>                                                      | Name                                                                                                                                      | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                  |                            |
| <b>Anschrift</b>                                                               | Postleitzahl Ort, Straße, Haus-Nr.                                                                                                        | Telefon                                                                                                                                                                                                                       |                            |
|                                                                                | Von wem wurde der Schaden verursacht?                                                                                                     | <input type="radio"/> vom Versicherungsnehmer selbst?<br><input type="radio"/> von einem seiner Bediensteten?<br><input type="radio"/> von einem seiner Familienangehörigen?<br><input type="radio"/> von einem seiner Tiere? |                            |
|                                                                                | Zu welchem Zweck war der Schadenverursacher an der Schadenstelle tätig?                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Ist der Schadenverursacher privat und im Beruf stets als tüchtig und verlässlich zu bezeichnen?                                           | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                | Ist das Tier als gutmütig zu bezeichnen?                                                                                                  | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                | Hat das Tier schon einmal einen Schaden verursacht? Wenn ja, welchen?                                                                     | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                | Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können? Wie?                                                                                 | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
| <b>Verletzte Person</b>                                                        | Name                                                                                                                                      | Alter                                                                                                                                                                                                                         | Beruf                      |
| <b>Anschrift</b>                                                               | Postleitzahl                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Art der Verletzung                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Sind die Verletzten Mitglied einer Krankenkasse?                                                                                          | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                | Besteht für die Verletzten eine private Kranken- oder Unfallversicherung                                                                  | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
| <b>Sachschaden</b>                                                             | Eigentümer der beschädigten Sachen                                                                                                        | Telefon                                                                                                                                                                                                                       |                            |
| <b>Anschrift</b>                                                               | Postleitzahl                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Beschädigte Sachen und Art der Beschädigung                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Wie hoch schätzen Sie die Reparaturkosten?                                                                                                | €                                                                                                                                                                                                                             |                            |
|                                                                                | Haben Sie die beschädigten Sachen zur Bearbeitung, Reparatur, Verwahrung, Benützung oder Beförderung übernommen?                          | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
| <b>Schutzvorrichtungen und -maßregeln</b>                                      | Waren zum Schadenzeitpunkt die in Ihrem Betrieb vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen in Ordnung und wurden alle Schutzmaßregeln beachtet? | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                | Woran hat es gefehlt?                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
| <b>Schadenersatzansprüche</b>                                                  | Wer hat Schadenersatzansprüche an Sie gestellt?                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                            |
|                                                                                | Wie hoch sind diese Schadenersatzforderungen?                                                                                             | EUR _____                                                                                                                                                                                                                     |                            |
|                                                                                | Stellen Sie selbst Schadenersatzforderungen an den Geschädigten? In welcher Höhe?                                                         | <input type="radio"/> ja                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> nein |
|                                                                                |                                                                                                                                           | EUR _____                                                                                                                                                                                                                     |                            |
| Sind Sie zum Vorsteuerabzug hinsichtlich der versicherten Sachen Berechtigter? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> teilweise                                                       | Wenn Sie nur teilweise zum Vorsteuerabzug berechtigt sind: in welchem Umfang? _____                                                                                                                                           |                            |

Vorstehende Fragen habe(n) ich / wir nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet. Ich / wir stelle(n) es der oben genannten Versicherungsgesellschaft frei, in meinem / unserem Namen Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich / uns Bezug habenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen, ohne eine besondere weitere Verständigung an mich / uns über die Ersatzansprüche mit der Gegenseite in meinem / unserem Namen zu verhandeln und zu vergleichen. Meinen / unseren vertrags- und gesetzmäßigen Anteil werde(n) ich / wir binnen 8 Tagen nach Verständigung an die mir / uns noch zu bezeichnende Stelle zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers