

## SCHADENANZEIGE - HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

1ST ASSET  
ASSEKURANZMAKLER GMBH  
Plinganserstrasse 8  
81369 München  
T +49 (0) 89 726 319 0 - 00  
F +49 (0) 89 726 319 0 - 10

Schadennummer:

(Bitte bei jedem Schriftwechsel mit angeben)

Versicherer:  VS-Nr.:  VR Schaden Nr.:

Versicherungsnehmer: Herr:  Frau:  Titel:

Vorname:  Nachname:

Straße Nr.:  PLZ:  Ort:

Telefon:  Fax:  EMail:

Schadentag:  Uhrzeit:  Schadenfeststellung Tag:

Schadenort / Straße:  PLZ:  Ort:

Geschädigter / Anspruchsteller: Herr:  Frau:  Titel:

Vorname:  Nachname:

Straße Nr.:  PLZ:  Ort:

Telefon:  Fax:  Email:

Ist der Geschädigte:  ein Angehöriger von Ihnen  ein Lebensgefährte (häusl. Gemeinschaft)  bei Ihnen beschäftigt  ein Vertragspartner

Art des Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnisses

**Angaben zur beschädigten Sache:** Bitte Rechnungen, Kostennachweise, Kostenvoranschläge beifügen / nachreichen!

Was wurde beschädigt:  Anschaffungsjahr:  Anschaffungspreis:

Ist Reparatur möglich?  Ja  Nein Schadenhöhe geschätzt:

Hatten Sie die beschädigte/n Sache/n:  gemietet  geliehen  zur Verwahrung  zu bearbeiten  zu reparieren

Zu entschädigen:  Versicherungsnehmer  Geschädigter IBAN:

Vorsteuerabzug:  Ja  Nein BIC:  Bank:

**Angaben zu Schadenhergang / Schadenursache / Schadenverlauf (ggf. separates Blatt):**

Wer hat den Schaden verursacht? Herr:  Frau:  Titel:

Vorname:  Nachname:

Straße Nr.:  PLZ:  Ort:

Telefon:  Fax:  EMail:

Bei Kindern Geburtsdatum:  Haben Sie Ihre Aufsichtspflicht verletzt?  Ja  Nein

Zeugen:

Es wurde ein Straf- / Ermittlungsverfahren eingeleitet Behörde / Aktenzeichen:

Bei Personenschäden: Angaben zur verletzten Person: Herr:  Frau:  Titel:

Vorname:  Nachname:

Straße Nr.:  PLZ:  Ort:

Welche Verletzungen sind eingetreten:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.