

Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung

AFB GmbH
Kaistraße 13
40221 Düsseldorf

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:
Kundennummer:
Schadennummer (soweit bereits bekannt):

Angaben zum Versicherungsnehmer

1	Beruf des VN: _____	Telefon: _____	Letzte Prämie gezahlt am: _____
	Sind Sie noch anderweitig haftpflichtversichert?	nein	ja, in der Eigenschaft als _____
	Bei welcher Gesellschaft? _____	Vers.Schein-Nr. : _____	

Angaben zum Geschädigten / Anspruchsteller / Verletzten

2	Name, Vorname: _____	Straße, Nr.: _____	
	PLZ, Ort: _____	Telefon: _____	
	Beruf: _____	beschäftigt bei (soweit bekannt): _____	
	Alter/Familienstand (soweit bekannt): _____		
3	Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt oder verschwägert?	nein	ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____
	Steht er in einem Lohn- oder Arbeitsverhältnis zu Ihnen?	nein	ja
	Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	nein	ja

Angaben zum Schaden

4	Schadentag: _____	Uhrzeit: _____			
	Schadenort (Ort, Str., Haus-Nr.): _____				
5	Was ist beschädigt? _____				
6	Anschaffungsjahr: _____	Anschaffungspreis: _____ € (Belege beifügen)			
	Ist eine Wiederherstellung möglich?	nein	ja, mit einem Aufwand von _____ € (Belege beifügen)		
	Wo befindet sich die beschädigte Sache? _____				
7	Ist die beschädigte Sache versichert (Kasko-, Glasbruch-, Transport-, Feuer-, Tierversicherung)?	nein	ja		
	Falls ja, bei welcher Gesellschaft? _____	Vers.Schein-Nr. : _____			
8	Hatten Sie die geschädigte Sache	gemietet	geliehen	gepachtet	in Verwahrung ?
	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache? _____				
9	Wer soll den Schaden verursacht haben?				
	Name, Vorname: _____	Anschrift: _____			
	Bei Jugendlichen, Geburtsdatum: _____	Erziehungsberechtigter: _____			

10	Mit welcher Begründung wird dem Schadenverursacher ein Verschulden vorgeworfen?
11	Liegt ein Verschulden/Mitverschulden des Geschädigten vor? nein ja Falls ja, weshalb? _____
12	Ist eine weitere Person mitverantwortlich? nein ja Falls ja, wer und weshalb? _____
13	Welche Zeugen können Sie benennen? Name, Vorname: _____ Anschrift: _____
14	Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden oder wurde ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet? nein ja Falls ja, geben Sie bitte die Behörde und das Aktenzeichen an: _____
15	Ausführliche Schadenschilderung (ggf. auf besonderem Blatt)
Bei Personenschäden zusätzlich ausfüllen:	
16	Art und Umfang der Verletzung: _____
17	Voraussichtliche Genesung: _____
18	Ungefähres Einkommen der verletzten Person: _____ € Erhält die verletzte Person eine Rente? nein ja Falls ja, in welcher Höhe? _____ €
19	Behandelnder Arzt / Krankenhaus: _____
20	Zuständige Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft: _____
21	Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? nein ja Falls ja, wann erfolgte die Meldung? _____
22	Befand sich die verletzte Person auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte? nein ja Erlitt sie den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? nein ja
23	Raum für sonstige Vermerke

Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich. Bewusst wahrheitswidrige/unvollständige Angaben führen auch dann zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes, wenn diese ohne nachteilige Folgen für den Versicherer bleiben. Ebenso führt die Anerkennung/Befriedigung von Ansprüchen ohne Zustimmung des Versicherers zum Verlust des Versicherungsschutzes. Vorstehende Fragen sind von mir nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet. Mit einer Auszahlung einer eventuellen Entschädigung an den Anspruchsteller bin ich einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift
Sitz der Gesellschaft: Kaistraße 13 . 40221 Düsseldorf Postfach 19 01 45 . 40111 Düsseldorf AG Düsseldorf HRB 37296	Fon: +49 211 4936565 Fax: +49 211 4930965 E-Mail: info@afb24.de Web: www.afb24.de	Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Thomas Kowalke Gläubiger-Identifikationsnr.: DE81ZZZ00000464790
		Bankverbindung: HypoVereinsbank IBAN: DE18 3022 0190 0004 4239 92 BIC: HYVEDEMM414