

Schadenservice

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an:



Allgemeine Versicherungs-Vermittlung
Dieter Hieber e. K.
Goethestr. 30
D-60313 Frankfurt
Telefon: 069 / 28 88 88
Telefax: 069 / 29 70 59-70
Email: info@A-V-V.de

VD	Agentur
VS-Nr.	Schaden-Nr.

Schadenmeldung zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung

Wir beziehen uns auf eine Meldung des/der	Ihre Zuschrift vom	Ihren Telefonanruf vom
-------------------------------------------	--------------------	------------------------

Wir haben von Ihrem Schaden Kenntnis erlangt. Sie helfen uns bei der Regulierung des Schadens, wenn sie die Schadenanzeige rasch zurückgeben.
Ihre Basler Securitas Versicherungen

1. Schadentag	Uhrzeit	Ort	Land
----------------------	----------------	------------	-------------

2. Schadenverursacher			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift: PLZ/Ort	Straße/Nr.	Telefon	
Beruf/Ausbildungsstand	Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis zum Versicherungsnehmer		

3. Geschädigter			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift: PLZ/Ort	Straße/Nr.	Telefon	
Beruf/Ausbildungsstand	Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis zum Versicherungsnehmer oder seiner Ehefrau		

Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft nein ja

4. Ergänzende Angaben	
Polizeiliche Aufnahme: Anschrift der Dienststelle	Aktenzeichen
Zeugen: Name, Vorname, Anschrift und Telefon	

Wurden bereits Ansprüche erhoben? nein ja, in welcher Höhe? _____ EUR
Halten Sie die Ansprüche für begründet? nein ja Wenn nein, warum? _____

15. Schadenhergang (gegebenenfalls gesondertes Blatt und Skizze beifügen)

6. Sachschäden

Art und Umfang der Beschädigung

Höhe des Schadens

EUR

Wo sind die beschädigten Sachen zu besichtigen?

Haben Sie die Sachen

bearbeitet

repariert

befördert?

Wurden die Sachen von Ihnen

geliehen

gemietet

gepachtet?

7. Personenschäden

Name und Anschrift des Verletzten

Wo ist der Verletzte beschäftigt?

Familienstand

Anzahl der Kinder

Ist er bei Ihnen beschäftigt?

nein ja

In welcher Eigenschaft?

Meldung bei einer Berufsgenossenschaft?

nein ja

bei welcher?

Art/Umfang der Verletzung

Stationäre Krankenhausbehandlung?

nein ja

8. Die Entschädigung soll überwiesen werden/per Scheck an Empfänger:

Bank-/Postverbindung

Vorsteuerabzugsberechtigung?

nein ja

BLZ

Konto-Nr.

Wichtige Hinweise:

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieses Formulars auch dann verantwortlich bin, wenn ich es nicht selbst ausgefüllt habe.

Datum

Versicherungsnehmer

Schadenverursacher