



# Schadenanzeige Haftpflicht

<b>Name und Anschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers:</b>           Telefonisch tagsüber erreichbar unter: <input type="text"/>	Vertrags-Nr.: <input type="text"/>
	Schaden-Nr.: <input type="text"/>
	<b>Konto des Geschädigten (Abrechnung per Scheck nicht möglich):</b>
	Kontoinhaber: <input type="text"/>
	Geldinstitut: <input type="text"/>
	Bankleitzahl: <input type="text"/>
	Konto-Nr.: <input type="text"/>
	Schadentag: <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/>
	Schadenort: <input type="text"/>
	<input type="text"/>

<b>Geschädigter:</b>	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefonisch tagsüber erreichbar unter:	<input type="text"/>

<b>I. Sachschaden</b>	
Was wurde beschädigt?	<input type="text"/>
Wer ist der Eigentümer der Sache?	<input type="text"/>
Wie hoch sind die voraussichtlichen Wiederherstellungs- bzw. Reparaturkosten?	<input type="text"/>
Sind die beschädigten Sachen anderweitig versichert (Feuer-, Glas-, LW-, Fahrzeugversicherung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift des Versicherers <input type="text"/>
	Versicherungsschein-Nummer <input type="text"/>
War die beschädigte Sache von Ihnen gemietet, gepachtet, geliehen oder in Verwahrung genommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="text"/>
Welches Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person?	<input type="text"/>
Leben Sie mit dieser in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>2. Personenschaden</b>	
Wer wurde verletzt?	<input type="text"/>
Familienstand, Alter, Beruf?	<input type="text"/>
Art der Verletzungen?	<input type="text"/>
Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>3. Schäden durch Tiere</b>	
Gesamtzahl der gehaltenen Tiere	<input type="text"/>
Beschreibung Ihres am Schaden beteiligten Tieres: Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Farbe und Rasse <input type="text"/>
Alter <input type="text"/>	Rufname <input type="text"/>
	Im Besitz seit? <input type="text"/>
Zu welchem Zweck halten Sie das Tier?	Welche Ausbildung hat Ihr Tier? <input type="text"/>
Sonstiges zu Ihrem Tier: maulkorbpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Maulkorb getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Vorschäden <input type="text"/>	
Besteht am Schadenort eine Hundeanleinplicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	War Ihr Hund angeleint? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ereignete sich der Schaden anlässlich einer Reitbeteiligung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<input type="text"/>
----------------------



