



Haftpflicht-Schaden

Vertretung-Nr. (Stempel)

ggf. Aktenzeichen VN/Makler



Firmen/Privat

- Fax-Schadenmeldung (Seitenzahl _____)
- Vertreter-Regulierung (bitte nicht faxen)

Versicherungsschein-Nr.	PLZ	Schadenort
Schadentag	Uhrzeit	Straße, Hausnummer

Versicherungsnehmer/in (Zuname, Vorname)	Geschädigte Person (Zuname, Vorname)
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer

PLZ	Ort	PLZ	Ort		
Telefon	privat	geschäftlich	Telefon	privat	geschäftlich
Erreichbar von/bis	Uhr	Uhr	Erreichbar von/bis	Uhr	Uhr
Fax			Fax		
Geldinstitut			Geldinstitut		

Bankleitzahl	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Konto-Nr.
Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

VN ist mit einer Zahlung an AS einverstanden.

Schadenverursacher	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Geburtsdatum des Kindes _____
<input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger, Name	_____	<input type="checkbox"/> Andere Person, Name	_____	
Schadenschilderung	<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt			

Versicherungsnehmer/in

Schadenschilderung

Geschädigte Person / Anspruchssteller/in

Schadenschilderung

Art und Umfang des Schadens (Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Sachen angeschafft worden? Bitte fügen Sie die Rechnung oder einen Beleg zur Schadenhöhe bei. Ist eine Reparatur möglich?)	Bei Schäden am Kfz Amtliches Kennzeichen	Modell
---	---	--------

km-Stand	Baujahr	kW
Fahrbereit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
AZ Schaden-Schnelldienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kfz kann besichtigt werden bei	<input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags	<input type="checkbox"/> Werkstat <input type="checkbox"/> sonstige
Name, Anschrift	<input type="checkbox"/> AS	

Schadenobjekt

Schadenobjekt

Schadenhöhe ca. _____ EUR	Telefon	Fax
Ansprüche wurden bereits erhoben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Meldung von	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/in	<input type="checkbox"/> Anspruchsnehmer/in	<input type="checkbox"/> sonstige
Wenn die Schadenmeldung nicht vom VN stammt: VN bestätigt die Angaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Name, Anschrift und Telefon-Nummern von Zeugen

Sonstiges

Sonstiges

Besteht zwischen VN und der geschädigten Person ein	<input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> Mietverhältnis
<input type="checkbox"/> Familien-/Verwandtschaftsverhältnis, welches _____ wenn ja, mit einem gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie oder ein Mitversicherter (z. B. Familien- oder Betriebsangehöriger) die beschädigte Sache gemietet, gepachtet, geliehen falls ja, von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nur vom Innendienst auszufüllen!

<input type="checkbox"/> Telefonat mit	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Vertreter	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung	<input type="checkbox"/> Schadenart _____	Entschädigungsbetrag _____	
<input type="checkbox"/> Deckung besteht	<input type="checkbox"/> Deckung besteht nicht	<input type="checkbox"/> Haftung besteht	<input type="checkbox"/> Haftung besteht nicht	<input type="checkbox"/> Zahlung an	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Vertreter
				CB _____			

Vertreterregulierung (Unterlagen bitte nicht faxen)

Versicherungsschein-Nr. Schaden-Nummer (wird vom Innendienst ausgefüllt)

Versicherungsnehmer/in, Name Ort, Datum

Aufgrund meiner Regulierungsvollmacht habe ich die Entschädigung von
_____ EUR ausgezahlt / überwiesen an
Vertretung Nr. (Stempel) und Unterschrift

- Versicherungsnehmer/in
- Anspruchsteller/in
- Sonstige

Von Schadenabteilung einzutragen:
Gutschrift erteilt am

Zahlungsnachweis bei Barauszahlung / Barscheck

Ich bin mit der Entschädigung einverstanden. Den Entschädigungsbetrag habe ich heute in bar / als Barscheck erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in / Anspruchsteller/in