

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| Versicherer |
| |

SCHADENSMELDUNG FÜR HAFTPFLICHTSCHÄDEN

1. Versicherungsnehmer

| | | | |
|--------------------|-----|---------------|--|
| Firma | | Name, Vorname | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ, Ort | |
| Telefon | Fax | E-Mail | |

2. Geschädigter

Angestellter
 Verwandter:
(bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben)
 Andere

| | | |
|--------------------|----------|---------|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | |

3. Schadenshergang

| | |
|---|---|
| Datum | Uhrzeit |
| Schadensort (Ort, Straße) | |
| Wie lautete Ihr Auftrag? | |
| Schilderung des Schadenhergangs | |
| Beschädigte Gegenstände | Wie hoch schätzen Sie den Schaden? |
| Wurde die beschädigte Sache von Ihnen selbst hergestellt, geliefert oder montiert? | Falls ja: Hatte eine Abnahme bereits stattgefunden? |
| Ja Nein | Ja Nein |
| Wurde eine selbstfahrende Arbeitsmaschine eingesetzt? | Handelt es sich um ein zulassungsfreies Fahrzeug? |
| Ja, und zwar Nein | Ja (max. 20 km/h) Nein |
| Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? | Stand der Geschädigte in einem Arbeitsverhältnis zu Ihnen? |
| Ja, und zwar Nein | Ja, und zwar Nein |
| Sind Sie aufgrund dieser Sache Einbehalten ausgesetzt? | |
| Ja, und zwar Nein | |
| Wie soll der Schaden reguliert werden? | |
| über Sie als Versicherungsnehmer direkt an den Anspruchsteller | |

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, auch wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|