

ABC-Str. 45  
20354 Hamburg  
Telefon: 040 / 30 96 98 – 0  
Telefax: 040 / 30 96 98 – 50

Anlage S 100 Seite 1 von 2

# Schadenanzeige Haftpflicht

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer

## Name und Anschrift Versicherungsnehmer

**Hagen & Kruse**  
**ABC-Straße 45**

**20354 Hamburg**

.....

.....

.....

.....

Wichtiger Hinweis	1. Vermeiden Sie bitte jede Verhandlung mit dem Geschädigten über seinen Anspruch. Sie dürfen einen Anspruch weder anerkennen noch befriedigen, bevor Sie nicht von uns dazu angewiesen sind.	2. Eingehende Schriftstücke (insbesondere Anspruchsschreiben, Schadenbelege, Klagen, Mahnbescheide, Anträge auf Prozesskostenhilfe und dgl.) sind sofort in Urschrift der Gesellschaft einzureichen.	3. Erheben Sie gegen Mahnbescheide sofort Widerspruch und legen Sie gegen Vollstreckungsmaßnahmen Einspruch ein. 4. Beachten Sie bitte grundsätzlich, dass jeder Versicherungsfall unverzüglich,	spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen ist. Erhebt der Geschädigte Ansprüche, sind Sie verpflichtet, dies innerhalb einer Woche der Gesellschaft schriftlich zu melden.
Erreichbarkeit	Beruf/Betrieb	Telefon dienstlich	Fax	Telefon privat
Ort/Zeit	Schadenort (genaue Ortsangabe)	Schadentag/Uhrzeit	Witterungs-/Bodenverhältn.	

Schadenschilderung  
(ggf. Skizze auf  
sonderem Blatt be-  
fügen)

Angaben zum Schadenverursacher	Name, Vorname		Anschrift	
	Beruf		Funktion/Stellung beim Versicherungsnehmer	
	Grund und Zweck des Aufenthalts am Schadenort		In wessen Auftrag erfolgte die zum Schaden führende Tätigkeit?	
Zusätzlich bei Kindern	Geburtsdatum	Schüler? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	In Ausbildung als	seit	Abgeschl. Ausbildung als	seit
	Wer beaufsichtigte das Kind (Name, Vorname, Geburtsdatum)?			Anschrift

Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	Wurde der Schaden im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft verursacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Ihre Beurteilung	Trifft Sie oder eine mitversicherte Person ein Verschulden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung		
	Liegt ein Verschulden Dritter vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name		
	Liegt ein Mitverschulden des Anspruchstellers vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung		
Zeugen				
Polizeilich aufgenommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	Anschrift/Dienststelle		Tagebuch-Nr.
	Anzeige/Verwarnung <input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> nein	gegen		
Angaben zu den Geschädigten	Name, Vorname	Anschrift	Beruf/Gewerbe	Telefon (tagsüber)
Ist der/die Geschädigte	mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses	
	bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Ihrem Haushalt integriert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ihr Mieter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name, Vorname	Anschrift	Beruf/Gewerbe	Telefon (tagsüber)
Ist der/die Geschädigte	mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses	
	bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Ihrem Haushalt integriert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ihr Mieter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sachschaden des/der Geschädigten	Welche Sachen wurden beschädigt?	Alter/Anschaffungspreis (Währung)/Eigentümer	Art und Umfang der Beschädigung	Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR
				Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR
				Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR
	Hatten Sie oder eine mitversicherte Person die beschädigte Sache	gemietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geliehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Verwahrung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zu reparieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zu befördern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?				
Personenschaden des/der Geschädigten	Betriebsunfall? Schulunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	Verletzte Person Alter Familienstand	zu versorgende Kinder Anzahl Alter
	Art und Umfang der Verletzung			
Ansprüche des/der Geschädigten	Sind bereits Ansprüche bei Ihnen geltend gemacht/ angekündigt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich	Wann erstmals?	In welcher Höhe?
	Halten Sie die Forderung des Geschädigten für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, warum?	
	Kann eine etwaige Entschädigung an Geschädigten gezahlt werden?	ohne dass wir Sie vorher verständigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, warum?	
Wichtiger Hinweis	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind.	Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass bewusst falsche oder lücken-	hafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung des Falles aus-	wirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht.
Unterschriften	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Schädigers	