



Sehr geehrter Kunde,
wir bitten Sie, diese Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und sie unverzüglich unterschrieben zurückzusenden. Geben Sie bitte unbedingt die Nummer Ihres Versicherungsscheines an, damit wir die Bearbeitung unverzüglich aufnehmen können. I

Agt - Nr:	Schaden-Nr: _____
Senden Sie dieses Formular bitte unterschrieben zurück an:	
=====	
Assekuranzkontor	Ihr Ansprechpartner:
Wesemann & Co	
Oberntorwall 4	Tel.: 0521 / 52197 - 7
33602 Bielefeld	Fax : 0521 / 52197- 21

HAFTPFLICHT - SCHADENANZEIGE		Gesellschaft	Versicherungsscheinnummer
Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Striche oder sonstige Zeichen gelten als Verneinung.			TEL. des Versicherungsnehmers
Ihr Beruf / Art des Betriebes		Tel-Nr.	
Geschädigter oder Anspruchsteller (auch vermutlicher Anspruchsteller)	Name , Vorname	Beruf	
	Straße , Nr, PLZ , Ort	Tel-Nr	
Von wem und wann sind Ansprüche geltend gemacht worden ?	Name , Vorname	Datum	
	Straße , Nr , PLZ , Ort	in Höhe von DM	
Sind Sie mit dem Geschädigtem verwandt oder verschwägert ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Verwandtschaftsverhältnis	Häusliche Gemeinschaft ja <input type="radio"/> ? nein <input type="radio"/>
Schadentag	Datum	Uhrzeit	
Wo genau ist der Schaden eingetreten ?	Straße , Nr , PLZ , Ort		
Wer hat den Schaden verursacht ?	Name , Vorname		
	Straße , Nr , PLZ , Ort		
	bei Jugendlichen "Geburtsdatum" Name und Vorname des Erziehungsberechtigten		
	Straße, PLZ , Ort		
Besteht für Sie bzw. den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Gesellschaft	Vers-Nr:
Genaue Schilderung des Schadenhergangs. Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde.			



Welche Zeugen können Sie benennen ? (auch Familien- u. Betriebsangehörige)	1. Name , Vorname		
	Straße , Nr, PLZ , Ort		
	2. Name , Vorname		
	Straße , Nr , PLZ , Ort		
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Behörde	Aktenzeichen
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Behörde	Aktenzeichen

Nur bei Sachschäden beantworten :

Was ist beschädigt ?			
Anschaffungsjahr		Anschaffungspreis	Wie hoch schätzen Sie den Schaden ?
Waren die beschädigten Teile von Ihnen	gemietet <input type="radio"/>	gepachtet <input type="radio"/>	geliehen <input type="radio"/>
Übten Sie an den beschädigten Teilen eine gewerbliche Tätigkeit aus?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Nur bei Personenschäden beantworten:

Angaben über verletzte Person/en	1. Name , Vorname		
	Straße , Nr, PLZ , Ort		
	2. Name , Vorname		
	Straße , Nr , PLZ , Ort		
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	Name		
	Anschrift		
Art und Umfang der Verletzung			
Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Den Entschädigungsbetrag bitte ich zu zahlen : <input type="radio"/> bar erhalten - Gutschrift auf unser Agentur - Konto			
<input type="radio"/> direkt an VN per Scheck / <input type="radio"/> über Agentur an VN per Scheck oder <input type="radio"/> an Anspruchssteller _____ <input type="radio"/>			

Unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgetreu beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Unfallgegner erkläre ich mich einverstanden. Unter Beachtung des Datenschutzgesetzes werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten gespeichert, an den betroffenen Rückversicherer der Gesellschaft sowie den betreffenden Versicherungsverband zum gleichen Zweck übermittelt, soweit dies erforderlich ist.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers