

## Schadenservice

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Name der Gesellschaft:

VD

Agentur

VS-Nr.

Schaden-Nr.

## Schadenmeldung zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung

Wir beziehen uns auf eine Meldung des/der

Ihre Zuschrift vom

Ihren Telefonanruf vom

Wir haben von Ihrem Schaden Kenntnis erlangt. Sie helfen uns bei der Regulierung des Schadens, wenn sie die Schadenanzeige rasch zurückgeben.  
Ihre Basler Securitas Versicherungen

### 1. Schadentag

Uhrzeit

Ort

Land

### 2. Schadenverursacher

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: PLZ/Ort

Straße/Nr.

Telefon

Beruf/Ausbildungsstand

Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis  
zum Versicherungsnehmer

### 3. Geschädigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: PLZ/Ort

Straße/Nr.

Telefon

Beruf/Ausbildungsstand

Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis  
zum Versicherungsnehmer oder seiner Ehefrau

Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft  nein  ja

### 4. Ergänzende Angaben

Polizeiliche Aufnahme: Anschrift der Dienststelle

Aktenzeichen

Zeugen: Name, Vorname, Anschrift und Telefon

Wurden bereits Ansprüche erhoben?  nein  ja, in welcher Höhe?

Halten Sie die Ansprüche für begründet?  nein  ja Wenn nein, warum?

EUR

**15. Schadenhergang** (gegebenenfalls gesondertes Blatt und Skizze beifügen)

**6. Sachschäden**

Art und Umfang der Beschädigung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Höhe des Schadens

EUR

Wo sind die beschädigten Sachen zu besichtigen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie die Sachen

bearbeitet  repariert  befördert?

Wurden die Sachen von Ihnen

geliehen  gemietet  gepachtet?

**7. Personenschäden**

Name und Anschrift des Verletzten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo ist der Verletzte beschäftigt?

Familienstand

Anzahl der Kinder

\_\_\_\_\_

Ist er bei Ihnen beschäftigt?

nein  ja

In welcher Eigenschaft?

\_\_\_\_\_

Meldung bei einer Berufsgenossenschaft?

nein  ja

bei welcher?

\_\_\_\_\_

Art/Umfang der Verletzung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stationäre Krankenhausbehandlung?

nein  ja

**8. Die Entschädigung soll überwiesen werden/per Scheck an Empfänger:**

\_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung?

nein  ja

Bank-/Postverbindung

BLZ

Konto-Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtige Hinweise:**

**Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieses Formulars auch dann verantwortlich bin, wenn ich es nicht selbst ausgefüllt habe.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_

Schadenverursacher

\_\_\_\_\_