

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Bitte zurücksenden an

VS-Nr.

Schaden-Nr.

Schadenanzeige zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

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.

1. Schadentag

Uhrzeit

Ort

Land

2. Schadenverursacher

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

Beruf/Ausbildungsstand

Verwandtschafts-/Angestellten-
verhältnis zum Versicherungsnehmer

E-Mail

3. Geschädigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

Beruf/Ausbildungsstand

Verwandtschafts-/Angestellten-
verhältnis zum Versicherungsnehmer

E-Mail

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 Höhe von

Euro

Halten Sie die Ansprüche für begründet?

nein

Wenn nein, warum?

5. Schadenschilderung/Hergang (gegebenenfalls gesondertes Blatt und Skizze beifügen)

6. Sachschäden

Art und Umfang der Beschädigung

Höhe des Schadens

Euro

Wo sind die beschädigten Sachen zu besichtigen?

Sie haben die Sachen?

bearbeitet

repariert

befördert

Die Sachen wurden von Ihnen

geliehen

gemietet

gepachtet

7. Personenschäden

Name und Anschrift des Verletzten

Familienstand

Anzahl der Kinder

Wo ist der Verletzte beschäftigt?

War der Verletzte 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. Sind sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?

nein ja

9. Die Entschädigung soll überwiesen werden an Empfänger

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat.

Ich bin einverstanden, dass Baloise zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten, die den angezeigten Schadenfall betreffen, einsehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Schadenverursachers