

Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung

Das Original dieser Schadenanzeige senden Sie bitte an die DARAG.
Je eine Kopie ist für den Versicherungsnehmer und Vermittler bestimmt.

Fax: 030-47708-102 e-mail: schaden@darag.de

DARAG

Deutsche Versicherungs-
und Rückversicherungs-AG
Postfach 10

13062 BERLIN

Schadennummer (wenn bereits bekannt) Schadentag Uhrzeit

Schadenort (Straße, PLZ, Ort)

Schadenstelle

Versicherungsscheinnummer

Vermittler

Versicherungsnehmer (VN)

Straße, Ort

Telefon

Fax

Zur Beachtung: Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Einwilligung des Versicherers den Haftpflichtanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder zu befriedigen (Vergleiche § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung - AHB -)

Geschädigter oder Anspruchsteller,
auch vermutlicher Anspruchsteller

Name, Vorname, Firma

Beruf/ Gewerbe

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Von wem und wann sind Ansprüche
geltend gemacht worden? (Schriftstücke
beifügen)

Name, Vorname, Firma

Datum

Straße, PLZ, Ort

in Höhe von

Konto-Nr., Bank und Bankleitzahl des
Anspruchstellers

Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto Nummer

Kontoinhaber

Vorsteuerabzugsberechtigt ?

nein ja

Wurde bereits eine Ersatzleistung
gezahlt?

nein ja

durch wen ?

In welcher Höhe ?

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt
oder verschwägert?

nein ja, wie

Verwandtschaftsverhältnis

Häusliche Gemeinschaft ?

nein ja

Bestand zum Geschädigten ein Arbeits-
oder sonstiges vertragliches Verhältnis?

nein ja, welches?

Vertragliche Beziehungen? Bitte übersenden Sie uns eine Vertragskopie.

Betriebszugehörigkeit

Wer hat den Schaden verursacht?
bzw.
Wer ist der vermutliche
Schadenverursacher?

Name, Vorname, Firma

Verwandtschaftl./beruf. Beziehung zum VN?

Straße, PLZ, Ort

bei Minderjährigen Geburtsdatum

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten

Trifft den Geschädigten ein Verschulden?

nein ja, weshalb?

Ursache und Hergang des Schadens
Bitte geben Sie eine umfassende und
detaillierte Schilderung des Vorgangs
(ggf. auf gesondertem Blatt bzw. mit
einfacher Skizze)

Hinweis bei Fahrzeugbeteiligung: stets
Art/ Typ, zulässiges Gesamtgewicht,
Höchstgeschwindigkeit, amtliches
Kennzeichen angeben

bei Schäden an Erdleitungen
gleichnamigen Fragebogen ausfüllen und
mit Lageplan (Auflagen) zusenden

bei vertraglichen Beziehungen: den
Schadenfall betreffende Schriftstücke
beifügen!

Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung

| | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Welche Personen waren Augenzeugen? (auch Familien- und Betriebsangehörige) | 1. Name, Vorname, Firma | | Telefonnummer | | | |
| | Straße, PLZ, Ort | | | | | |
| | 2. Name, Vorname, Firma | | Telefonnummer | | | |
| | Straße, PLZ, Ort | | | | | |
| Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Behörde | Aktenzeichen/ Tagebuch-Nr. | | | |
| Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Behörde | gegen wen? Aktenzeichen | | | |
| NUR BEI SACHSCHÄDEN BEANTWORTEN Hinweis: beschädigte Sachen als Beweismittel aufbewahren! | | | | | | |
| Welche Sache wurde beschädigt? Worin besteht die Beschädigung? | | | | | | |
| Wie hoch schätzen Sie den Schaden? | Abnutzung oder Beschädigung vor dem Schaden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wiederherstellung möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Anschaffungspreis und Jahr (falls bekannt) | | | |
| Wer ist Eigentümer der Sache ? | Name , Firma, Anschrift | | | | | |
| Wurde die beschädigte Sache von Ihnen | <input type="checkbox"/> gemietet | <input type="checkbox"/> gepachtet | <input type="checkbox"/> geliehen | <input type="checkbox"/> verwahrt | <input type="checkbox"/> befördert | <input type="checkbox"/> repariert |
| Übten Sie an oder mit der beschädigten Sache eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit aus? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ? | | | | | |
| Sind die beschädigten Sachen versichert (z.B. Feuer, Wasser, Einbruchdiebstahl, Kasko) ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Versicherer, Nr. des Versicherungsscheines | Wurde der Schaden angezeigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wann? | | | |
| NUR BEI PERSONENSCHÄDEN BEANTWORTEN (soweit bereits bekannt) | | | | | | |
| Angaben über verletzte Personen (bei mehreren Verletzten gesondertes Blatt verwenden) | Name , Vorname | | | | | |
| | Anschrift | | | | | |
| | geboren am | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. | Anzahl, Geburtsjahr der Kinder | | | |
| | Beruf, beschäftigt als | | | | | |
| | Beschäftigt bei (Name, Anschrift) | | Telefonnummer | | | |
| Behandelnder Arzt oder Krankenhaus | Name | | Telefonnummer | | | |
| | Anschrift | | | | | |
| Art und Umfang der Verletzung | <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Körper <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> sonst | | | | | |
| Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Welcher | | | |
| Erlitt er den Unfall bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte versichert? | | | | |
| Sonstige Bemerkungen zum Schadenfall | | | | | | |
| Bewußt unwahre oder lückenhafte Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer event. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden. Unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzgesetzes werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten sowie Daten der event. beantragten Vertragsveränderung gespeichert, an die betroffenen Rückversicherer sowie dem betreffenden Versicherungsverband zum gleichen Zweck übermittelt, soweit dies erforderlich ist. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt. | | | | | | |
| Ort und Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers | | | | | |