

SCHADENANZEIGE HAFTPFLICHT

(BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Versicherungsnehmer: 	Schaden: <input type="checkbox"/> Betriebshaftpflicht <input type="checkbox"/> PHV für Heimbewohner <input type="checkbox"/> Personenschaden <input type="checkbox"/> Sachschaden <input type="checkbox"/> Vermögensschaden Schaden-Nr.
Empfänger: Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG Radeberger Straße 24 DE 01099 Dresden	per FAX an: 03 51 / 832 88 15

VERSICHERUNGSNEHMER	VSNR.
Name:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefon / Telefax:	
E-Mail:	
RISIKOBESCHREIBUNG	<input type="checkbox"/> Schaden-Erstmeldung
<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst	Schadentag: _____ Uhrzeit: _____
<input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim	Der Schaden wurde am: _____ festgestellt.
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	Der Schaden wurde am: _____ gemeldet.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per Fax <input type="checkbox"/> per E-Mail
SCHADENBESCHREIBUNG	<input type="checkbox"/> Schaden – max. 1.500 € <input type="checkbox"/> Schaden – über 1.500 €
Schadenort (Bitte Anschrift vollständig angeben!)	
Wer ist der Schadenverursacher?	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender/FSJ <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Helfer <input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung <input type="checkbox"/> Sonstige(r)
Name, Vorname / Geb.-Datum:	

Besteht persönlich seitens des o.g. Schadenverursachers eine separate Privat-Haftpflichtversicherung? (z.B. über die Eltern)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift:	
Versicherungsnummer		
War der Verursacher zum Schadenzeitpunkt deliktunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil:	
Geschädigter <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Betreuter <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender/FSJ <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Helfer <input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung <input type="checkbox"/> Sonstige(r)	Beruf:	
	Name und Anschrift:	
	Vorsteuerabzugsberechtigt? (%)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Prozent:
Schadenschilderung (ggf. weiteres Blatt verwenden)		
Ermittlungs-/Bußgeldverfahren der Polizei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen:	
	Tagebuch-Nr.:	
Hat der Verursacher einen vermeidbaren Fehler begangen?	<input type="checkbox"/> ja, weil:	
Hätte der Verursacher den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> nein, weil:	
Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?	<input type="checkbox"/> ja, weil: <input type="checkbox"/> nein, weil:	
Wer war Aufsichtsführender?	Name, Vorname:	
	Beruf:	
Welche Person trifft ein Mitverschulden?	<input type="checkbox"/> Geschädigten <input type="checkbox"/> Sonstige(r):	
Bei Sachschäden zusätzlich beantworten!		
Welche Sachen wurden beschädigt?		
Wann wurden die Sachen angeschafft und zu welchem Preis?		
Kann darüber ein Nachweis erbracht werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen)	
Haben Sie die Sachen besichtigt? (ggf. Foto beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten?	<input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> gepachtet	

	<input type="checkbox"/> zur Verwahrung <input type="checkbox"/> zur Bearbeitung <input type="checkbox"/> zur kurzfristigen Gebrauchsüberlassung? (Zeitraum:)
Bei Körperschäden zusätzlich beantworten!	
Welche Verletzungen liegen vor?	
Alter der verletzten Person? Pflegestufe (z.B. Heim)? Beruf?	
Welcher Krankenkasse gehört die/der Verletzte an?	
Liegt ein Betriebsunfall vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?	

BANKVERBINDUNG (BITTE STETS ANGEBEN)	Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:
Konto-Nr.:	
BLZ:	
Geldinstitut:	
Kontoinhaber:	

Achtung: Die Schadensmeldung ist vom Versicherungsnehmer selbst zu erstellen! Das Formular darf daher nicht dem Geschädigten zur Beantwortung überlassen werden. Wir bitten Sie gegen Mahnbescheide sofort Widerspruch einzulegen. Briefe, Rechnungen und sonstige Schriftstücke sind unverzüglich nach Erhalt einsenden; dies gilt insbesondere für Klageschriften, Mahnbescheide und Gesuche zur Prozesskostenhilfe.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum	Unterschrift / Firmenstempel des Versicherungsnehmers
------------	---