

SCHADENANZEIGE ZUR HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ihre Schaden-Nr. / Aktenzeichen: | B•B Schaden-Nr.: | | |
| Versicherer: AXA, Frankfurt | Versicherungsschein-Nr.: 60240302436 | | |
| Versicherungsnehmer | Sportgemeinschaft Deutsche Bank Deutschland e.V. Taunusanlage 12 60325 Frankfurt Ansprechpartner: (örtl.SG) Telefon: | | |
| Bankverbindung | Institut: Deutsche Bank Frankfurt BLZ 50070024 Kto-Nr. 9008822 | | |
| Vorsteuer | Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Schilderung | Wann ereignete sich der Schaden? (Tag / Stunde) | | |
| | Wo ereignete sich der Schaden? | | |
| | Schadenhergang (Wie und wodurch ist der Schaden entstanden?; evtl. gesondertes Blatt benutzen) | | |
| | Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | in welcher Höhe ? | | |
| | Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift, bei Kindern auch Geburtsdatum) | | | |
| Trifft Sie oder eine mitversicherte Person ein Verschulden? (Ggf. welches?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Trifft den Geschädigten selbst ein Verschulden? (Ggf. welches?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Polizei | Welche Polizeidienststelle hat den Vorgang aufgenommen? | | |
| | Tagebuch-Nr. / Aktenzeichen: | | |
| | Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Behörde: | | | |
| Zeugen | Können Zeugen benannt werden? (Ggf. bitte Namen und vollständige Anschrift angeben) | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| Anspruchsteller | Name und vollständige Anschrift | | Telefon: | | |
| | Ist der Anspruchsteller <input type="checkbox"/> bei Ihnen beschäftigt? | | <input type="checkbox"/> Vertragspartner? | | |
| Sachschäden | Welche Sachen wurden beschädigt? | | | | |
| | Art und Umfang der Beschädigung ? vermutliche Schadenhöhe Haben Sie den Schaden besichtigt? | | | | |
| | Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| | Wie hoch sind die Reparaturkosten? | | | | |
| | Hatten Sie die beschädigte Sache | <input type="checkbox"/> gemietet? | <input type="checkbox"/> geliehen? | <input type="checkbox"/> in Verwahrung? | |
| | | <input type="checkbox"/> zu bearbeiten? | <input type="checkbox"/> zu reparieren? | <input type="checkbox"/> zu befördern? | |
| Personenschäden | Welche Verletzungen sind eingetreten? | | | | |
| | Anzahl der verletzten Personen ? | | | | |
| | Name: | | | | |
| | Familienstand: | | Beruf: | Kinder: | |
| | Name: | | | | |
| | Familienstand: | | Beruf: | Kinder: | |
| | Liegt ein Arbeitsunfall vor? | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? | | | | | |
| Erklärung | Vorstehende Fragen habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß beantwortet. Ich / wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. | | | | |
| | Ort, Datum | | Unterschrift _____ | | |