

Inprimus Underwriting GmbH & Co. KG
Schadenabteilung
Herrlichkeit 5-6
28199 Bremen

Haftpflicht – Schadenanzeige

Versicherer:

Schaden-Nr. / Versicherungsschein-Nr.:

Schadentag / Uhrzeit:

Schadenort (Anschrift mit Postleitzahl):

Wir beziehen uns auf den von Ihnen angezeigten Schaden. Zur weiteren Bearbeitung benötigen wir noch einige Angaben. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, uns diesen Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben zukommen zu lassen.

1. Schadenverursacher:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon / E-Mail:

Beruf / Ausbildungsstand:

2. Geschädigter:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Beruf / Ausbildungsstand:

Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt oder bei Ihnen beschäftigt?

nein ja, _____

Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung?

nein ja, zu (%) _____



3. Schadenhergang: (gegebenenfalls gesondertes Blatt verwenden und Skizze beifügen)

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

Nein Ja

Dienststelle: _____

Aktenzeichen: _____

Waren Zeugen anwesend?

Nein Ja

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

4. Bei Sachschäden

Was wurde beschädigt?

Umfang der Beschädigung: _____

Haben Sie die Sache:

gemietet geliehen gepachtet

Unverbindliche Schadenhöhe: _____

Wo ist die beschädigte Sache zu besichtigen?

5. Bei Personenschaden

Art und Umfang der Verletzung: _____

Wie / von wem wurde die Verletzung behandelt:

Arzt: _____

stationäre Behandlung

Anschrift: _____

ambulante Behandlung

Telefon: _____

Meldung bei der Berufsgenossenschaft: nein ja, bei der



Inprimus

Private Wealth Underwriting

6. Schadenersatzanspruch

Wurden gegen Sie bereits Schadenersatzansprüche geltend gemacht?

Nein Ja, folgende _____

Falls ja, halten Sie die geltend gemachten Ansprüche für berechtigt?

Nein Teilweise Ja Gründe: _____

7. Die Entschädigung soll überwiesen werden / per Scheck an

Versicherungsnehmer Anspruchsteller Rechnungsaussteller (Rechnung anbei)

Sonstiges: _____

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Erklärung

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können 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.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer