

**Schadenmeldung Betriebshaftpflichtversicherung** / Seite 1/3

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Martens & Prahls Versicherungskontor Neustadt GmbH  
 Gartenstraße 30a • 67433 Neustadt/Weinstraße  
 Tel.: 06321/89 00 6-0  
 Fax: 06321/89 00 6 18  
 info@mp-nw.de  
 http://www.mp-nw.de/

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungs-/Schadennummer:</b>  <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b>  <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p><b>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller</b>                  Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Telnr./Faxnr.: <input type="text"/></p> <p>Handynr.: <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen):</p> <p>Konto <input type="text"/></p> <p>bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Wer hat den Schaden verursacht?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>im Betrieb tätig als:</p> <p><input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Leiharbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Aushilfe / Teilzeitkraft <input type="checkbox"/> Praktikant</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer oder seiner Mitarbeiter vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern:</p> <p><input type="text"/></p>

**Schadenmeldung Betriebshaftpflichtversicherung** / Seite 2/3

**Genauere Schilderung des Schadenhergangs:**

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.

Welche **Zeugen** können Sie benennen?

Name:

Anschrift:

Tel.:

Ist ein **polizeiliches Protokoll** aufgenommen worden?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

Ist ein **Ermittlungs- oder Strafverfahren** eingeleitet worden?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

**Zusätzliche Bemerkungen:**

**Bei Sachschäden:**

Fotos anbei  Anschaffungsrechnung anbei

**Was** ist beschädigt?

  
 Anschaffungsjahr ca.:   
 Anschaffungspreis ca.:  €  
 Schadenhöhe ca.:  €

Waren die beschädigten Teile von Ihnen

gemietet  gepachtet  geliehen?  
 keiner der genannten Punkte trifft zu

Übten Sie bzw. der Schadenverursacher an oder mit den beschädigten Teilen eine **Tätigkeit** aus, bzw. haben Sie die Teile **bearbeitet**?

nein  ja

**Schadenmeldung Betriebshaftpflichtversicherung** / Seite 3/3

<p><b>Besichtigung</b> möglich bei:</p>	<p><input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><input type="checkbox"/> <b>Bei Personenschäden:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Arztbericht anbei</p>
<p><b>Art und Umfang</b> der Verletzung</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p><b>Abwicklung / Kommunikation</b></p>	
<p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p>	<p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail  <input type="checkbox"/> sonstiges <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; display: inline-block;"></div></p>
<p>Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar?  Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p><b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b></p>	<p>Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.</p>
<p><b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b></p>	<p>Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.</p>   <p>_____  Ort, Datum, Unterschrift.</p>
<p>Rev003 vom 06.02.2014</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>