

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

überreicht von:



### Versicherungs-Nr.:

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt zurück an:

Name und Anschrift Versicherungsnehmer:

**ALTE LEIPZIGER Versicherung AG**

**Schadenservice**

**Alte Leipziger Platz 1**

**61440 Oberursel**

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

KontoNr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Schadentag \_\_\_\_\_ 20 \_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr

Schadenort (Straße/Ort) \_\_\_\_\_

Schilderung des Hergangs (ggf. Beiblatt/Skizze) \_\_\_\_\_

Polizeidienststelle \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Zeugen (Name/Anschrift) \_\_\_\_\_

### Wer hat den Schaden verursacht?

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

- diese(r) ist
- Versicherungsnehmer
  - Ehemann/-frau
  - Lebensgefährte/-in
  - Mitarbeiter
  - Kind

geboren am \_\_\_\_\_, besucht die Schule/ist in Ausbildung:  ja  nein

Wo waren die Erziehungsberechtigten zum Schadenzeitpunkt? \_\_\_\_\_

- sonstige Person: \_\_\_\_\_
- Arbeitsmaschine: \_\_\_\_\_
- Tier (Art): \_\_\_\_\_

**Welcher fremde Sachschaden entstand?** \_\_\_\_\_

Die beschädigte Sache war

<input type="checkbox"/> neu/neuwertig	<input type="checkbox"/> geliehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> gebraucht, ca. _____ Jahre alt	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> alt/in schlechtem Zustand	<input type="checkbox"/> gepachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei beschädigtem Kfz Kennzeichen \_\_\_\_\_ Hersteller/Typ \_\_\_\_\_ Baujahr \_\_\_\_\_

**Wurden Personen verletzt?**  nein  ja, \_\_\_\_\_ Personen, davon \_\_\_\_\_ leicht, \_\_\_\_\_ schwer

**Wer ist Geschädigte(r)?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Es besteht

eine häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Sämtliche Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben bewirken den Verlust des Versicherungsschutzes; bei Vorsatz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_