

Versicherungsscheinnummer:	Haftpflicht-Schadenanzeige	
Schadennummer:		
<input type="checkbox"/> Berufshaftpflicht	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/> Tierhalterhaftpflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
 bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an Ihre/n MLP-Berater/-in bzw. direkt an die jeweilige Versicherungsgesellschaft zurück. Vielen Dank.

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers :		Vor- und Nachname des Anspruchstellers :	
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):		Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	
Telefonnummer:	Geburtsdatum:	Telefonnummer:	Geburtsdatum:
Bankverbindung (für Entschädigungszahlung per Überweisung) Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:		Konto-Nr.: BLZ.:	

1. **Wann und wo ereignete sich der Schaden?** Datum: _____ Uhrzeit: _____ Schadenort: _____
 Ausführliche und detaillierte Schilderung des Schadenhergangs (evtl. Skizze beifügen):

2.1. **Wann haben Sie erstmals von dem Schaden Kenntnis erhalten?** Datum: _____

2.2. **Wann wurde der Schaden erstmalig gemeldet?** Datum: _____ Wem: _____

3.1 **Wer hat den Schaden verursacht?** Versicherungsnehmer Ehepartner Kind Tier Betriebsangehöriger Sonst.: _____

3.2 **Alter des Schadenverursachers zum Schadenzeitpunkt:** ____ Jahre

4.1. **Welche anderen Personen haben an der Entstehung des Schadens mitgewirkt?**
 Name: _____
 Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

4.2. **Lebt der Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?** ja nein

4.3. **Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis?** ja nein

5.1. **Wurden von dem Geschädigten bereits Schadenersatzansprüche gestellt?** nein ja, mündlich schriftlich (Schriftstücke beifügen)

5.2. **Hat der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst verschuldet?** nein ja, weil: _____

5.3. **Stellen Sie selbst Schadenersatzansprüche und ggf. gegen wen?** nein ja, gegen: _____

6. **Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt?** Name: _____ Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

7. **Zeugen des Schadens:**
 Name: _____
 Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

8. **Wurde der Schaden polizeilich gemeldet?** nein ja, Aktenzeichen: _____ Polizeidienststelle: _____

NUR BEI TIERSCHÄDEN:

9. **Welche Tiere wurden verletzt oder getötet?** _____

NUR BEI SACHSCHÄDEN:

10.1. **Welche fremden Sachen wurden beschädigt, zerstört oder sind abhanden gekommen?** _____

10.2. **Falls bekannt: Wann, wo und zu welchem Preis wurde die Sache angeschafft?** _____

11. Wie hoch schätzen Sie den Schaden in EUR? _____

12. Ist eine Reparatur möglich? ja nein, weil: _____

13. War die beschädigte Sache von Ihnen geliehen gemietet gepachtet in Verwahrung genommen?

NUR BEI PERSONENSCHÄDEN:

14.1. Worin besteht die Verletzung? _____

14.2. Bei verletzten Kindern (Daten der Erziehungsberechtigten): Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

NUR BEI SCHÄDEN DURCH KINDER:

15. Daten des schadenverursachenden Kindes: Name: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

16. Sind Sie mit dem schadenverursachenden Kind verwandt? nein ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____

17.1. Wer beaufsichtigte das Kind? Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

17.2. Standort und Entfernung der Aufsichtsperson vom Kind: _____

17.3. Beobachtungsmöglichkeit der Aufsichtsperson: _____

17.4. Aufenthaltsdauer des Kindes an der Schadenstelle? _____

17.5. Wann hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut? _____

18. Waren noch andere Kinder an der Entstehung des Schadens beteiligt? nein ja, Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

19. Bei volljährigen Kindern: Befand sich das Kind noch in der Schul- oder Berufsausbildung? nein ja, Schule Lehre Studium

NUR BEI SCHÄDEN DURCH TIERE:

20. Welches Tier hat den Schaden verursacht? Hund, Rasse: _____ Katze Pferd sonstiges: _____

21. Seit wann besitzen Sie das Tier? Datum: _____

22. Wie viele Tiere dieser Art besitzen Sie außerdem? Anzahl: _____

23. Dient das Tier Ihrer Berufs- oder Erwerbstätigkeit? nein ja

24. Wer hatte die Aufsicht über das Tier? Name: _____ von: _____ bis: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

NUR BEI SCHÄDEN DURCH BETRIEBLICHE ODER BERUFLICHE TÄTIGKEIT:

25. Wer war Ihr Auftraggeber? Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

26. Haben Sie den Auftrag selbst ausgeführt? ja nein, durch: Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

27. Haben Sie oder ein Mitversicherter (z. B. Betriebsangehöriger) eine Tätigkeit an oder mit der beschädigten Sache ausgeübt?

nein ja, und zwar: _____

Erklärung des Versicherungsnehmers

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Versicherungsgesellschaft zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift MLP-Berater/-in / MLP-Geschäftsstelle

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers