



# Fax-Schadenmeldung Allgemeine Haftpflicht von Vermittler an ZN/VD

Nicht für Personen-, Produkt-  
und Architektenschäden

|  |                              |   |   |
|--|------------------------------|---|---|
| VS-Nr.   | AG-Nr.                       | aufgenommen   |   |
| Schadensnummer (wird von ZN/VD vergeben)   |                              | Eingang bei ZN/VD   |   |
| <input type="checkbox"/> PHV   | <input type="checkbox"/> HUG | <input type="checkbox"/> Tier   | <input type="checkbox"/> BHH <input type="checkbox"/> Betriebshaftpflicht <input type="checkbox"/> sonstige |
| <b>Schadeneintritt</b>   |                              | <b>Schadenort</b>   |   |
| Datum  |                              | Straße  |   |
| Uhrzeit  |                              | PLZ, Ort  |   |
| Meldung durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Anwalt  |                              | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> sonstige Person |   |
| <b>Versicherungsnehmer</b>   |                              | <b>Anspruchsteller/Geschädigter</b>   |   |
| Name/Vorname   |                              | Name, Vorname   |   |
| Beruf  |                              | Beruf   |   |
| Straße   |                              | Straße  |   |
| PLZ/Wohnort  |                              | PLZ/Wohnort   |   |
| Tel./Fax   |                              | Tel./Fax  |   |
| <b>Fragen</b>  |                              |   |   |
| Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Kind, Geb.Datum: |                              | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter  |   |
| Name/Anschrift (wenn von VN abweichend)  |                              |   |   |
| Ist VN/Schädiger mit Anspruchsteller/Geschädigtem verwandt oder verschwägert?  |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Besteht zwischen VN/Schädiger und Geschädigtem/Anspruchsteller häusliche Gemeinschaft?   |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?  |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Gesellschaft / VS-Nr.  |                              |   |   |
| Gibt es Zeugen?  |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Bitte Namen und Anschrift  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
| Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?  |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Ist ein Ermittlungsverfahren oder Strafverfahren eingeleitet worden?   |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
| Behörde / Aktenzeichen   |                              |   |   |
| Kurze Schadenschilderung (evtl. gesondertes Blatt verwenden)   |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
| Was ist beschädigt worden?   |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
|  |                              |   |   |
| Anschaffungsjahr   |                              | Anschaffungspreis   |   |
|  |                              | Euro  |   |
| Waren die beschädigten Teile <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen?   |                              | Wie hoch schätzen Sie den Schaden? Euro   |   |
|  |                              |   |   |
| Übte Schädiger an den beschädigten Teilen eine berufliche/gewerbliche Tätigkeit aus?   |                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |   |
|  |                              |   |   |
| Ort, Datum   |                              | Unterschrift/Vermittler   |   |
|  |                              |   |   |