

# AH Schaden-Anzeige zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung

Versicherungsschein-Nr. (bitte einsetzen)	Schaden-Nummer (wird von AM eingesetzt)
---	---

(Name und Anschrift Versicherungsnehmer/-in): Bitte ausgefüllt und unterschrieben unter Angaben der Versicherungsschein-Nr. zurück an

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Richard O. Gallion GmbH  
 Versicherungs-Kontor  
 Otto-Hahn-Str. 23  
 71069 Sindelfingen  
 (07031) 46909-0 Fax (07031) 46909-29

Vom Versicherungsnehmer zu ergänzen:  
**Beruf** **Telefon**

**1. Geschädigter** selbständig  nicht selbständig

Name, Vorname Beruf

---

Straße Telefon (tagsüber)

---

PLZ / Wohnort

---

**Bitte beachten Sie folgendes:**

1. Es ist nicht ratsam, bei der Ausfüllung dieser Anzeige den Ansprucherhebenden hinzuzuziehen.
2. Auch der Ansprucherhebende hat eine Schadenminderungspflicht (§254 BGB) auf die er stets hinzuweisen ist
3. Bei Betriebsunfällen ist neben der Krankenkasse die zuständige Berufsgenossenschaft sogleich zu benachrichtigen

**Gegen Mahnbescheide, einstweilige Verfügungen, Arreste u. ä. ist zur Wahrung der Fristen stets Widerspruch einzulegen und die Gesellschaft sofort zu benachrichtigen.**

**2. Zeit und Ort des Schadens**

a) Tag, Datum und Uhrzeit

b) Schadenörtlichkeit (bitte auch angeben, an welchem Ort, in welchem Lokal sowie an welchen Maschinen, Apparaten oder Vorrichtungen sich der Schaden ereignete!):

a) \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Amtliche Ermittlungen und Zeugen**

a) Sind polizeiliche Ermittlungen durchgeführt worden? Wann und von welcher Dienststelle?

b) Name und Anschrift der Zeugen:

c) Wenn niemand zugegen war: wer hat die vom Schaden betroffenen Sache oder Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

a)  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

b) 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**4. Verschuldensfrage**

a) Ist das Schadenereignis ganz oder teilweise auf fehlerhafte Haus- oder Betriebseinrichtungen, Geräte usw. zurückzuführen? (Wenn ja, nähere Angaben erbeten.)

b) Hat der Geschädigte den Schaden nach Ihrer Ansicht selbst verschuldet oder mitverschuldet? (Ggf. nähere Begründung auf besonderem Blatt)

a)  Nein  Ja

\_\_\_\_\_

b)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**5. Ersatzansprüche**

a) Wann, von wem und in welcher Höhe sind solche geltend gemacht worden? (genaue Anschrift des Anspruchstellers!)

a) Halten Sie die Forderung der Höhe nach für angemessen? (warum nicht?)

a) am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Höhe \_\_\_\_\_

b)  Nein  Ja

**6. Bei Körperverletzung**

a) Name und Beruf:

b) Anschrift:

c) Familienstand und Geburtsdatum:

d) Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an ?

e) Art, Umfang und Folgen der Verletzung:

f) Behandelnder Arzt oder Krankenhaus:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c)  led.  verh.  verw.  gesch. Geburtsdatum \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_

<p><b>8. Bei Sachbeschädigung</b></p> <p>a) Welche Sachen wurden zerstört oder beschädigt, und wie alt sind sie ?</p> <p>b) Art der Beschädigungen?</p> <p>c) ist eine Reparatur möglich, und wie hoch schätzen Sie den wirklichen Schaden?</p> <p>d) Hatten sie oder Ihre Beauftragten die vom Schaden betroffenen Sachen aufzubewahren, zu bearbeiten, gemietet oder geliehen? (Nähere Angaben erbeten!)</p> <p>e) Besteht für die beschädigten fremden Sachen anderweitig Versicherungsschutz, z. B. Voll- oder Teilkasko-, Verkehrs-Service-, Feuer-, Glas-, Transportversicherung? Ggf. bei welcher Gesellschaft?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ DM</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____</p>
--	---

<p><b>9. Bei Schäden durch Kinder</b></p> <p>a) Geburtsdatum des Kindes?</p> <p>b) Befindet sich das Kind noch in der Schul- oder unmittelbar anschließenden Berufsausbildung?</p>	<p>a) Geburtsdatum: _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Anschrift der Ausbildungsstätte: _____</p>
--	--

<p><b>10. Bei Schäden durch Tiere</b></p> <p>a) Zu welchem Zweck halten Sie das Tier?. (Hof- oder Wachhund, Zugtier usw. )</p> <p>b) Seit wann besitzen Sie es?</p> <p>c) Eigenschaften des schadenstiftenden Tieres (Neigt es zum Scheuen, Schlagen oder Beißen?)</p> <p>d) Hat früher schon Schäden verursacht? Welche?</p>	<p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____</p>
---	--

<p><b>11. Bei Schäden durch Arbeitsmaschinen</b></p> <p>Art, Typ und Fahrgestell-Nr. des Gerätes</p>	
--	--

<p><b>12. Verhältnis zwischen Versicherungsnehmer und der geschädigten Person</b></p> <p>a) Besteht ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? Welches?</p> <p>b) Gehört die geschädigte Person Ihrem Haushalt an?</p> <p>c) Besteht ein Lohn- oder Dienstverhältnis, welches?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zahl der Hunde: _____</p>
---	--

<p><b>13. Anzahl der in Ihrem Betrieb tätigen Personen?</b></p>	
---	--

**14. Genaue Schilderung des Schadenherganges** unter Berücksichtigung aller Umstände, die dazu führten (Hinweis auf Polizeibericht und/oder Schreiben des Geschädigten genügt nicht). Bitte auch Skizze fertigen und evtl. vorhandene Fotos beifügen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unwahre oder lückenhafte Angaben führen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angabe.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

<p><b>Bei Einreichung durch die Agentur:</b></p> <p>Der Schaden wurde mir erstmals gemeldet am: _____</p> <p>Der VN hat den letztfälligen Betrag entrichtet am: _____</p> <p>Sonstige Bemerkungen: _____</p>	<p>Agentur- Nr.: <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/>-<input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Datum: _____</p> <p>Unterschrift: _____</p>
--	---