

## Schadenanzeige für **PRIVAT** • ASSekuranz - Haftpflichtversicherung

Bitte senden Sie diese Schadenanzeige sorgfältig ausgefüllt an uns zurück.

Erkennen Sie bitte inzwischen keine Ansprüche an! Warten Sie unsere Weisungen ab und senden Sie uns alle Ihnen zugehenden Schriftstücke sofort ein!

### Versicherungsnehmer/in

Anrede  Firma  Herr  Frau      Geburtsdatum   
Vorname, Name       Beruf   
Strasse, Hausnummer        Telefon   
Postleitzahl, Ort        E-Mail

Bankinstitut       Versicherungs-Nr.   
BIC       Schadentag   
IBAN       Schadenort

### Schadenschilderung

Wie ereignete sich der Schaden? (Geben Sie bitte eine ausführliche Schilderung des Vorganges)

  
  
  

Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden?  Ja  Nein      In welcher Höhe (EUR)?

Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht?  Ja  Nein

### Angaben zum Schadenverursacher

Anrede  Firma  Herr  Frau  
Vorname, Name   
Strasse, Haus-Nr    
Postleitzahl, Ort    
Geburtsdatum

### Angaben zum Zeugen

Anrede  Firma  Herr  Frau  
Vorname, Name   
Strasse, Haus-Nr    
Postleitzahl, Ort

### Angaben zur Polizeidienststelle

Polizeidienststelle   
Strasse, Haus-Nr    
Postleitzahl, Ort    
Tagebuch-Nr

Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?  Ja  Nein

Behörde   
Aktenzeichen

---

## Anspruchsteller

Anrede  Firma  Herr  Frau  
Vorname, Name   
Strasse, Hausnummer    
Postleitzahl, Ort

---

Ist der Anspruchsteller  ein Angehöriger von Ihnen?  bei Ihnen beschäftigt?  ein Vertragspartner?

Welcher Art ist das Verwandtschafts-/ Angestellten- o. Vertragsverhältnis?

Lebt der Angehörige mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?  Ja  Nein

---

## Sachschäden

Welche Sachen wurden beschädigt?

Art und Umfang der Beschädigung?

Ist eine Reparatur möglich?  Ja  Nein

---

Hatten Sie die beschädigte Sache  gemietet?  in Verwahrung?  zu reparieren?  
 geliehen?  zu bearbeiten?  zu befördern?

---

## Personenschaden

Welche Verletzungen sind aufgetreten?

Alter der verletzten Person  Anzahl der Kinder

Beruf  Alter der Kinder

Familienstand

---

Liegt ein Arbeitsunfall vor?  Ja  Nein

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

---

## Unterschrift

**Wir weisen darauf hin, daß bewußt unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!**

Ort, Datum  Unterschrift

---

**Bemerkungen**

---

**Bitte senden Sie die Schadenanzeige an: P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg  
oder senden Sie die Schadenanzeige per Telefax an: 040 / 68 28 69-50**

---