



Schadenanzeige zur Haftpflicht – Versicherung von Waschanlagen

Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname, Firma _____
Strasse _____
Plz, Ort _____
Telefon / Fax / Email _____

Geschädigter (AS)

Name, Vorname, Firma _____
Strasse _____
Plz, Ort _____
Telefon / Fax / Email _____
Ist der Anspruchsteller ein Angehöriger von Ihnen? bei Ihnen beschäftigt? ein Vertragspartner?

Allgemeine Angaben

Schadenort: _____ automatische Waschstraße
Schadentag: _____ Uhrzeit: _____ Kfz-Waschplätze (SB-Boxen)
Schaden wurde gemeldet am _____ an wen _____
Tägliche Anlagenkontrolle vor dem Schadenereignis fehlerfrei erfolgt? ja nein
Überprüfung der Anlage nach dem Schadenfall erfolgt? ja nein
Keine Reparatur oder Überprüfung der Anlage durch Techniker notwendig? ja nein
Waschvorgänge vor und nach dem Schadenereignis ohne Beanstandung? ja nein
Anzahl der Waschvorgänge am Schadentag: _____ vor _____ nach _____ dem Schadenfall

Sollte eine Frage mit „nein“ beantwortet sein oder weitere Fahrzeuge unmittelbar vor und nach dem Schadenereignis gleichartig beschädigt worden sein, bitte hier näher erläutern:

Welche Zeugen können Sie benennen? Bitte Name und Anschrift angeben.

1. _____
2. _____

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen bzw. ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?

ja nein Behörde: _____ Aktenzeichen: _____

Schadenschilderung

Wie ereignete sich der Schaden? Bitte ausführliche Schilderung des Vorganges.

Worin sehen Sie die Schadenursache? Worin sehen Sie ggf. Ihr Verschulden?

Hat die geschädigte Person den Schadenfall ganz oder teilweise selbst verschuldet? Inwiefern?

Nur Ausfüllen bei Sachbeschädigung

Welche Sache wurde beschädigt? Bei Fahrzeuge: Kennzeichen, Fabrikat, Baujahr und Kilometerstand

Art und Umfang der Beschädigung

Waren an der beschädigten Sache Vorschäden vorhanden? welche?

Ist eine Reparatur möglich? ja nein geschätzte Schadenhöhe _____

Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet? gepachtet? geliehen? in Verwahrung?

Sind sie mit der Zahlung einer etwaigen Entschädigung unmittelbar an den Anspruchsteller einverstanden?

ja nein wenn nein, warum? _____

Nur Ausfüllen bei Personenschäden

Name und Anschrift der verletzten Person

Art der Verletzung / behandelnder Arzt / Krankenhaus

Hinweis:

Es besteht für den Versicherungsnehmer die Pflicht, alle Fragen auf diesen Vordruck nach bestem Wissen und vollständig zu beantworten. Unwahre und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Erkennen Sie inzwischen keine Ansprüche an! Warten Sie unsere Weisungen ab und senden uns alle Ihnen zugehende Schriftstücke sofort ein. Der Versicherer bearbeitet den Vorgang für Sie.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____