

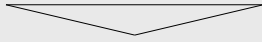
Bitte vollständig ausfüllen und ausdrucken.

Danach bitte unterschreiben und an uns zurückschicken. Ein Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe

Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung Nr.

Schadenart <input type="checkbox"/> Privathaftpflicht <input type="checkbox"/> Personenschaden <input type="checkbox"/> Umweltschaden <input type="checkbox"/> Betriebshaftpflicht <input type="checkbox"/> Sachschaden <input type="checkbox"/> Sonstiges Schaden-Nummer		Schadentag/ Uhrzeit	Aktenzeichen VN
Versicherungsnehmer: Name, Anschrift, Telefon, Fax, Ansprechpartner		Schadenort (Anschrift, Telefon etc.)	
KRAVAG-Adressen und Fax-Nr. siehe Rückseite		Lieber Kunde, bei Eintritt eines Schadenfalles trägt die umgehende Übersendung dieser Schadenanzeige dazu bei, dass uns -- auch in Ihrem Interesse -- die zügige Bearbeitung möglich wird. Ihre KRAVAG	
Zahlungsempfänger <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Anspruchsteller Zahlung erbeten auf: Konto-Nr. bei Bank/Sparkasse/BLZ		MwSt.-abzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verursacher des Schadens: Name, Anschrift, Telefon		Geburtsdatum	Er/Sie ist <input type="checkbox"/> mit mir/ uns verwandt <input type="checkbox"/> bei mir/ uns beschäftigt als
Lebt der Verursacher bei Ihnen/ mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft ?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Geschädigter: Name, Anschrift, Telefon (tagsüber)		Geburtsdatum	Er/Sie ist <input type="checkbox"/> mit mir/ uns verwandt <input type="checkbox"/> bei mir/ uns beschäftigt als
Lebt der Geschädigte bei Ihnen / mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft ?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sachschäden: Folgende Gegenstände wurden beschädigt		Kaufpreis EUR, Anschaffungsdatum	Schadenhöhe ca. EUR
Waren die beschädigten Gegenstände gemietet, gepachtet, geliehen, in Verwahrung genommen oder in Bearbeitung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Zutreffendes bitte unterstreichen)			
Personenschäden: Art und Umfang der Verletzungen			
Beruf/ Tätigkeit		Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum von - bis	
Ambulante/stationäre Behandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift (Arzt/Krankenhaus)			
Schadenhergang: evtl. auch Zeugen			
(ggf. weiter auf Rückseite)			
Polizeiliche Aufnahme Dienststelle, Aktenzeichen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen: Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben. Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.			
Ort, Datum		Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers	

Dieses Anschriftenfeld eignet sich zum
Versand in Fensterbriefhüllen



An

Eingangsstempel

Ergänzende Anmerkungen: