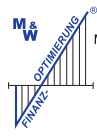


**Schadenanzeige  
Bauherren-Haftpflichtversicherung**

VS-Nr. \_\_\_\_\_  
Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
Gesellschaft. \_\_\_\_\_

**Vermittler Stempel**

	M&W Finanzoptimierung GmbH & Co. KG Berliner Straße 137 · 13467 Berlin Tel.: +49 (30) 40 50 96 - 0 Fax : +49 (30) 40 50 96 - 98
Vermittler-Nr. _____	

- Schadentag** \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Schadenort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_
- Schadenverursacher**  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Beruf/Ausbildungsstand \_\_\_\_\_  
Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis zum Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_
- Geschädigter**  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Beruf/Ausbildungsstand \_\_\_\_\_  
Ist der Geschädigte mit Ihnen oder Ihrer Ehefrau verwandt?  nein  ja, Art der Verwandtschaft \_\_\_\_\_  
Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?  ja  nein
- Ergänzende Angaben**  
Polizeiliche Aufnahme \_\_\_\_\_  
Anschrift der Dienststelle \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
Zeugen (Name, Vorname, Anschrift und Telefon) \_\_\_\_\_  
Wurden bereits Ansprüche erhoben?  nein  ja, in welcher Höhe \_\_\_\_\_  
Halten Sie die Ansprüche für begründet?  ja  nein, warum \_\_\_\_\_
- Schadenschilderung (bitte gesondertes Blatt und Skizze beifügen)**
- Sachschäden**  
Art/Umfang der Beschädigung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Höhe des Schadens \_\_\_\_\_  
Wo sind die beschädigten Sachen zu besichtigen? \_\_\_\_\_  
Haben Sie die Sachen  bearbeitet  repariert  befördert  
Wurden die Sachen von Ihnen  geliehen  gemietet  gepachtet
- Personenschäden**  
Namen und Anschrift des Verletzten \_\_\_\_\_  
Familienstand/Zahl der Kinder \_\_\_\_\_  
Wo ist der Verletzte beschäftigt? \_\_\_\_\_  
Ist er bei Ihnen tätig?  nein  ja  
In welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_  
Meldung bei einer Berufsgenossenschaft?  nein  ja, welcher \_\_\_\_\_  
Umfang der Verletzung \_\_\_\_\_  
Stationäre Krankenhausbehandlung  nein  ja
- Die Entschädigung soll überwiesen werden/per Scheck an Empfänger**  
Bank-/Postverbindung \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_  
Vorsteuerabzugsberechtigung  nein  ja

Datum \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_