|  |
| --- |
| **Betriebshaftpflicht** |
|  |
|  | WTW-Kunden-Nr.:       |
|  | Versicherungsschein-Nr.:  |
|  | Schadennummer WTW:       |
|  | Schadennummer Versicherungsnehmer:       |
| **Willis Towers Watson****Versicherungsmakler GmbH** | Name/Stempel des Versicherungsnehmers: |
|       |       |
|       |  |
|       |  |
|  |  |
|  | Vorsteuerabzugsberechtigt (MwSt.): | [ ]  nein [ ]  ja,     % |
| **Allgemein**  | Schadentag: | Uhrzeit: | Schadenort (Adresse): |
|  |       |       |       |
| **Schadenhergang** | Bitte schildern Sie den genauen Schadenhergang **(ggf. Extra-Blatt u. Skizze beifügen)**Für Produkthaftpflichtschäden bitte besonderen Vordruck verwenden |
|  |       |
|  | Wer hat den Schaden verursacht? |
|  |  |       |
|  | Trifft Sie ein Verschulden?  |
|  | [ ]  nein [ ]  ja, Begründung:  |       |
|  | Sind bereits Ansprüche gegen Sie erhoben worden?  |
|  | [ ]  nein [ ]  ja, Höhe:      € |
|  | Zeugen [ ]  nein [ ]  ja, Name/Anschrift:  |       |
|  | Polizeiaufnahme [ ]  nein [ ]  ja, Dienststelle:       | Tagebuch-Nr.:       |
| **Anspruchsteller** | Name und Anschrift: |
|  |  |       |
|  | Ist der Anspruchsteller bei Ihnen beschäftigt? | [ ]  nein [ ]  ja |
|  | Verwandtschaftsverhältnis? | [ ]  nein [ ]  ja;       |
| **Sachschaden** | Welche Sachen wurden beschädigt? |
|  |  |       |
|  | Art und Umfang der Beschädigung |       |
|  | Ist eine Reparatur möglich? [ ]  nein [ ]  ja |
|  | Hatten Sie die beschädigte Sache |
|  | [ ]  gemietet [ ]  geliehen [ ]  in Verwahrung [ ]  zu bearbeiten [ ]  zu reparieren [ ]  zu befördern |
| **Personenschaden** | Welche Verletzungen sind eingetreten? **(ggf. Extra-Blatt)** |
|  |  |       |
|  | Anspruchsteller (Name und Anschrift): |
|  |  |       |
|  | Geburtsdatum der verletzten Person | Familienstand | Ausgeübter Beruf Selbstständig [ ]  ja [ ]  nein |
|  |  |       |       |       |
|  | Liegt ein Arbeitsunfall vor? [ ]  nein [ ]  ja |
|  | Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? |
|  |  |       |
| **Schadenzahlung** | An wen soll gezahlt werden? (Kontoinhaber) |       |
|  | IBAN: |       | BIC: |       |
|  | Name und Anschrift des Geldinstitutes, Filiale: |       |
| [ ]  Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Alle Fragen sind wahrheitsgemäß nach bestem Wissen zu beantworten. Es ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. |
|       |  |       |  |  |  |
| Ort |  |  | Datum | Unterschrift |  |