



# Schadenanzeige zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung

Durch sorgfältiges Ausfüllen ermöglichen Sie eine schnelle Bearbeitung und ersparen Rückfragen. Es gilt das Angekreuzte.

## Versicherungsnehmer

Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Striche oder sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Eingangsstempel

Schaden-Nr.

## Vom Versicherungsnehmer zu beantworten

1. **Schadentag** Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

2. **Wo genau ist der Schaden eingetreten?** Straße, Nr., PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zum Geschädigten/Anspruchsteller

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

In welcher Höhe wurden Ansprüche gestellt? \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

4. **Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt oder verschwägert?**  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

5. **Lebt der Geschädigte mit Ihnen bzw. dem Schadenverursacher in einem gemeinsamen Haushalt?**  Nein  Ja

6. **Welches Tier hat den Schaden verursacht?**  Hund  Pferd

Wie viele Tiere der genannten Art besitzen Sie? \_\_\_\_\_

Seit wann besitzen Sie das schadenverursachende Tier? \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Chip-Nr./ \_\_\_\_\_

War Ihr Tier angeleint?  Nein  Ja Merkmale

War das Tier vom Geschädigten angeleint?  Nein  Ja

Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über Ihr Tier?

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Erzielen Sie mit Ihrem Tier ein regelmäßiges Einkommen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ €

Dient das Tier einem beruflichen Zweck?  Nein  Ja Falls ja, in welcher Höhe (Durchschnittlich im Monat) \_\_\_\_\_ €

## 7. Genaue Schilderung des Schadenhergangs.

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde (evtl. gesondertes Blatt verwenden).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. **Trifft Sie oder eine der mitversicherten Personen ein Verschulden?**  Nein  Ja

Warum? \_\_\_\_\_

9. **Liegt eigenes Verschulden/Mitverschulden des Geschädigten vor?**  Nein  Ja

Warum? \_\_\_\_\_

10. **Haben Zeugen den Vorfall beobachtet?**  Nein  Ja

1. Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort \_\_\_\_\_

2. Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bitte Rückseite beachten!

11. Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Aktenzeichen _____
Behörde _____			
12. Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Aktenzeichen _____
Behörde _____			

**Nur bei Sachschäden ausfüllen !**

13. Welche fremden Sachen wurden beschädigt, zerstört oder sind abhanden gekommen?	
_____	
14. Ist Ihnen bekannt, ob das Schadengut bereits Vorschäden hatte?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, welche?	_____
15. Besteht für diesen Schaden eine Sach- oder Kaskoversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, bei welcher Gesellschaft	_____ Versicherungs-Schein-Nr. _____
16. Anschaffungsjahr (Falls bekannt)	_____ Anschaffungspreis (Falls bekannt) _____ €
17. Wie hoch schätzen Sie den Schaden?	_____ €
18. Haben Sie die Sache(n) geliehen, gemietet, aufbewahrt oder gepachtet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
	(Zutreffendes bitte eintragen)

**Nur bei Personenschäden ausfüllen !**

19. Angaben über verletzte Personen (bei mehreren Verletzten gesondertes Blatt verwenden)	
Name, Vorname	_____
Straße, Nr., PLZ, Ort	_____
Beruf/ beschäftigt als	_____
Beschäftigt bei: (Name, Anschrift)	_____ Telefon _____
20. Behandelnder Arzt oder behandelndes Krankenhaus	
Name	_____ Telefon _____
Anschrift	_____
21. Art und Umfang der Verletzung	
_____	
22. Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
23. Erlitt er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
24. War dem Geschädigten das Tier bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wie lange bereits? _____
25. Zahlung <input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck <input type="checkbox"/> Überweisung auf das nachstehende Konto <input type="checkbox"/> an Rechnungsaussteller	
Kontoinhaber	_____ Bank Name und Ort _____
IBAN	D E _____ BIC _____

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieses Verhaltens (Obliegenheit) 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 des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Stellungnahme des Vermittlers:**

Wann wurde Ihnen der Schaden gemeldet? \_\_\_\_\_ Haben Sie sich vom Schadenumfang überzeugt?  Ja  Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Entschädigungsvorschlag \_\_\_\_\_ € Folgen noch Rechnungen, Belege zur endgültigen Schadenhöhe?  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Vermittlers: \_\_\_\_\_

**Nur von der BJ-Hauptverwaltung auszufüllen!**

Produkt	Beginn	Sonstiges