

| Interne Angaben | Versicherungsscheinnummer | Agenturnummer | Schadensnummer |
|-----------------|---------------------------|---------------|----------------|
| | | | |

| Wichtiger Hinweis | 1. Vermeiden Sie bitte jede Verhandlung mit dem Geschädigten über seinen Anspruch. Sie dürfen einen Anspruch weder anerkennen noch befriedigen, bevor Sie nicht von uns dazu angewiesen sind. | 2. Eingehende Schriftstücke (insbesondere Anspruchsreiben, Schadenbelege, Klagen, Mahnbescheide, Anträge auf Prozesskostenhilfe und dgl.) sind sofort in Urschrift der Gesellschaft einzureichen. | 3. Erheben Sie gegen Mahnbescheide sofort Widerspruch und legen Sie gegen Vollstreckungsmaßnahmen Einspruch ein. 4. Beachten Sie bitte grundsätzlich, dass jeder Versicherungsfall unverzüglich, | spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen ist. Erhebt der Geschädigte Ansprüche, sind Sie verpflichtet, dies innerhalb einer Woche der Gesellschaft schriftlich zu melden. |
|-------------------|---|---|---|---|
|-------------------|---|---|---|---|

| Erreichbarkeit | Beruf/Betrieb | Telefon dienstlich | Fax | Telefon privat |
|----------------|---------------|--------------------|-----|----------------|
|----------------|---------------|--------------------|-----|----------------|

| Ort/Zeit | Schadenort (genaue Ortsangabe) | Schadentag/Uhrzeit | Witterungs-/Bodenverhältn. |
|----------|--------------------------------|--------------------|----------------------------|
|----------|--------------------------------|--------------------|----------------------------|

| Schadenschilderung (ggf. Skizze auf gesondertem Blatt beifügen) | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--|---|
|--|---|

| Angaben zum Schadenverursacher | Name, Vorname | Anschrift |
|--------------------------------|---|--|
| | Beruf | Funktion/Stellung beim Versicherungsnehmer |
| | Grund und Zweck des Aufenthalts am Schadenort | In wessen Auftrag erfolgte die zum Schaden führende Tätigkeit? |

| Zusätzlich bei Kindern | Geburtsdatum | Schüler? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|------------------------|--|---|---|
| | In Ausbildung als | seit | Abgeschl. Ausbildung als seit |
| | Wer beaufsichtigte das Kind (Name, Vorname, Geburtsdatum)? | | Anschrift |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---------------------------------------|
| Arbeitsgemeinschaft (ARGE) | Wurde der Schaden im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft verursacht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | | |
| Ihre Beurteilung | Trifft Sie oder eine mitversicherte Person ein Verschulden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Begründung | | |
| | Liegt ein Verschulden Dritter vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Name | | |
| | Liegt ein Mitverschulden des Anspruchstellers vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Begründung | | |
| Zeugen | | | | | |
| Polizeilich aufgenommen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, durch | Anschrift/Dienststelle | | Tagebuch-Nr. |
| | Anzeige/Verwarnung <input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> nein | | gegen | | |
| Angaben zu den Geschädigten | Name, Vorname | Anschrift | Beruf/Gewerbe | Telefon (tagsüber) | |
| Ist der/die Geschädigte | mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses | | |
| | bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | in Ihrem Haushalt integriert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ihr Mieter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist der/die Geschädigte | Name, Vorname | Anschrift | Beruf/Gewerbe | Telefon (tagsüber) | |
| | mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses | | |
| Sachschäden des/der Geschädigten | Welche Sachen wurden beschädigt? | Alter/Anschaffungspreis (Währung)/Eigentümer | Art und Umfang der Beschädigung | Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR | |
| | | | | Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR | |
| Sachschäden des/der Geschädigten | Hatten Sie oder eine mitversicherte Person die beschädigte Sache | gemietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | geliehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | in Verwahrung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | | zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | zu reparieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | zu befördern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden? | | | | | |
| Personenschaden des/der Geschädigten | Betriebsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schulunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant | Verletzte Person Alter Familienstand | zu versorgende Kinder Anzahl Alter |
| | Art und Umfang der Verletzung | | | | |
| Ansprüche des/der Geschädigten | Sind bereits Ansprüche bei Ihnen geltend gemacht/ angekündigt worden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich | Wann erstmals? | In welcher Höhe? |
| | Halten Sie die Forderung des Geschädigten für angemessen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn nein, warum? | | |
| | Kann eine etwaige Entschädigung an Geschädigten gezahlt werden? | ohne dass wir Sie vorher verständigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn nein, warum? | | |
| Wichtiger Hinweis | Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. | Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass bewusst falsche oder lücken- | hafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung des Falles aus- | wirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht. | |
| Unterschriften | Ort, Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers | | Unterschrift des Schädigers | |