



Angaben zu Schadenhergang und Schaden-Ausmaß	Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; Sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.		Gesondertes Blatt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
			Skizze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja				
Entstand der Schaden durch Ausübung einer beruflichen/gewerblichen Tätigkeit an oder mit den beschädigten Sachen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja				
Verhältnis zum VN	Verhältnis des Anspruchstellers zum VN					
	Arbeits- oder Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
	Häusliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
	Familien- / Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Eltern/ Kinder	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Großeltern/ Enkel
Vertragsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Werkvertrag	<input type="checkbox"/> Dienstvertrag	<input type="checkbox"/> Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Schadenersatzansprüche gegen VN	Schadenersatzansprüche durch Geschädigten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich					
	Eigenverschulden durch Geschädigten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz					
	Geltend gemachte Ansprüche zu hoch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja					
	Zahlung bereits geleistet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, und zwar EUR					
	durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Agentur <input type="checkbox"/> an Geschädigten <input type="checkbox"/> an Abtretungsgläubiger					
Schadenart	Sachschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
	Personenschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
	Gewinnausfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
	Sonstige					
Vom Schaden betroffene Sachen	Beschädigter Gegenstand:					
	Art / Umfang der Beschädigung <input type="checkbox"/> Abhanden gekommen <input type="checkbox"/> Totalschaden <input type="checkbox"/> Reparaturschaden <input type="checkbox"/> Wertminderung					
	Hersteller/Typ /					
	Belegart <input type="checkbox"/> ohne Beleg <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Beleg bei Agentur archiviert <input type="checkbox"/> Beleg folgt <input type="checkbox"/> Beleg liegt bei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung				Kaufdatum / Kaufpreis / EUR	
	Unreparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja				Voraussichtliche Schadenhöhe	
	Sachverständiger <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> bereits beauftragt				EUR	
Brillen-/ Handy-Schaden, etc.	Beschädigter Gegenstand existiert noch		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Gegenstand ist bereits repariert worden		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
KFZ-Schaden	Amtliches Kennzeichen Fahrzeug-Ident-Nr.:		Hersteller/ Fabrikat / Typ / /		Erstzulassung	
	Versicherer zum Schadenszeitpunkt		Inanspruchnahme der eigenen KaskoVers		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	
					Gesamtlauflistung km	
Personenschaden	Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter					
	Beschreibung der Verletzung					
	Arbeitsunfähigkeit		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
Ambulante Behandlung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen	
Stationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen	

Schaden durch - Wasser	Durchnässung Inventar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Durchnässung Gebäude	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	etzte Renovierung (MM/Jahr)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
- Gabelstapler	Beträgt die bauseits bedingte Höchstgeschwindigkeit mehr als 6 km/h?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Besteht für den Gabelstapler eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
- Berufliche / betriebliche Tätigkeit	Welcher Personenkreis hat Zugang zu der Schadenstelle?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Berufliche oder betriebliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
Auslands- schaden	Grund des Auslandsaufenthaltes			
	Dauer von            bis			

Sonstige Angaben				
---------------------	--	--	--	--

Konto für die Schaden- zahlung	Konto-Nr.	Kontoinhaber (Vorname, Name)
	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)

Verantwort- lichkeit, Schluss- erklärung, Unterschrift	<p><b>Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.</b></p> <p><b>Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben; bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden.</b></p>	
	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschiedene Schadenanzeige archiviert am
---