

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Dörr GmbH Versicherungsmakler
Milmersdorfer Weg 12 • 91623 Sachsen bei Ansbach
Tel.: 09827 / 928019 0
Fax: 09827 / 928019 16
info@doerrgmbh.de
http://www.doerrgmbh.de

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|---|--|
| <p>Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p> |
| <p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p> | <p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telnr./Faxnr.: <input type="text"/> Handynr.: <input type="text"/> Email: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen): Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/></p> |
| <p>Schadentag / Uhrzeit</p> | <p><input type="text"/> / <input type="text"/></p> |
| <p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p> | <p><input type="text"/></p> |
| <p>Wer hat den Schaden verursacht?</p> | <p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/></p> <p>im Betrieb tätig als: <input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Leiharbeiter <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Aushilfe / Teilzeitkraft <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> |
| <p>Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer oder seiner Mitarbeiter vor?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern: <input type="text"/></p> |

Genauere Schilderung des Schadenhergangs:

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.

| | |
|---|---|
| Welche Zeugen können Sie benennen? | Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Zusätzliche Bemerkungen: | <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Bei Sachschäden: | <input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei |
| Was ist beschädigt? | <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschaffungsjahr ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> Anschaffungspreis ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> € Schadenhöhe ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> € |
| Waren die beschädigten Teile von Ihnen | <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> keiner der genannten Punkte trifft zu |
| Übt Sie bzw. der Schadenverursacher an oder mit den beschädigten Teilen eine Tätigkeit aus, bzw. haben Sie die Teile bearbeitet ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | |
|---|--|
| <p>Besichtigung möglich bei:</p> | <p><input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <p><input type="checkbox"/> Bei Personenschäden:</p> | <p><input type="checkbox"/> Arztbericht anbei</p> |
| <p>Art und Umfang der Verletzung</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <p>Behandelnder Arzt oder Krankenhaus</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <p>Befand sich der Verletzte auf dem Weg zur Arbeitsstelle?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> |
| <p>Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> |
| <p>Abwicklung / Kommunikation</p> | |
| <p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p> | <p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; display: inline-block;"></div></p> |
| <p>Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> |
| <p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> |
| <p>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</p> | <p>Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.</p> |
| <p>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</p> | <p>Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.</p> <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift.</p> |
| <p>Rev003 vom 06.02.2014</p> | <p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p> |