

zur Weiterleitung an:

Sehr geehrte/r Versicherungsnehmer/in!
 Bitte senden Sie diese Schadenanzeige sorgfältig ausgefüllt an uns zurück. Erkennen Sie keine Ansprüche an.
 Leiten Sie bitte alle Schriftstücke sofort an uns weiter. Wir bearbeiten den Vorgang für Sie. Fax: (040) 251721-23

Allgemeine Angaben	Versicherungsschein-Nr.
Versicherungsnehmer	
Name / Vorname	Schaden-Nr.
Straße / Hausnummer	Schadentag
	Uhrzeit
Postleitzahl / Wohnort	Schadenort / Straße
Telefon-/Fax-Nr. / E-Mail	Beruf (bei Betrieben Gewerbe) des Versicherungsnehmers

Schaden-schilderung Wie ereignete sich der Schaden? (Geben Sie bitte eine ausführliche Schilderung des Vorganges)

_____ (evtl. Rückseite benutzen)

Sind bereits Ansprüche gegen Sie oder eine mitversicherte Person erhoben worden? In welcher Höhe? Wurde der Schaden durch eine Arbeitsgemeinschaft verursacht?

ja nein mündlich schriftlich ja nein

Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift, bei Kindern auch Geb.-Datum)

Welche Zeugen können Sie benennen? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben)

_____ (evtl. Rückseite benutzen)

Welche Polizeidienststelle hat den Vorgang aufgenommen? Tagebuch-Nr.

Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet? Behörde Aktenzeichen

ja nein

Anspruch-steller Name und vollständige Anschrift

Ist der Anspruchsteller ein Angehöriger von Ihnen? bei Ihnen beschäftigt? ein Vertrags-Partner?

Lebt der Angehörige mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? Welcher Art ist das Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnis?

ja nein

Sach-schäden Welche Sachen wurden beschädigt?

Art und Umfang der Beschädigung? Ist eine Reparatur möglich?

_____ ja nein

Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet? geliehen? in Verwahrung? zu bearbeiten? zu reparieren? zu befördern?

Personen-schäden Welche Verletzungen sind eingetreten?

Alter der verletzten Person Familienstand Beruf Anzahl und Alter der Kinder

Liegt ein Arbeitsunfall vor? Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

ja nein

Eigene Bankverbindung Name des Konto-Inhabers: Bankleitzahl (BLZ):

Kreditinstitut (Name, Ort): Kto.-Nr.:

Bitte beachten Sie folgenden wichtigen Hinweis
 Unvollständige oder unwahre Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!

Ort / Datum Unterschrift / Firmenstempel
