

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

fivers Versicherungsmakler GmbH

Ettlinger Str. 25 • 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721 / 6802-0

Fax: 0721 / 6802-100

mail@fivers.de

http://www.fivers.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Versicherungsnummer: <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Telnr./Faxnr.: <input type="text"/></p> <p>Handynr.: <input type="text"/></p> <p>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):</p> <p>Konto <input type="text"/></p> <p>bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>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 Ihres Erachtens verursacht?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>im Betrieb tätig als:</p> <p><input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Leiharbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Aushilfe / Teilzeitkraft <input type="checkbox"/> Praktikant</p> <p><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:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

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>Rev004 vom 03.11.2015</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>