



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Werksviertel Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Atelierstraße 1 • 81671 München

Tel.: 089 6780 665 0

Fax: 089 6780 665 29

info@werksviertel-versicherung.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungsnummer:</b>  <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b>  <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><b>Geschädigter/</b> (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><b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Wer</b> 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> <p><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 <b>Zeugen</b> 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 <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ist ein <b>Ermittlungs- oder Strafverfahren</b> eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Zusätzliche Bemerkungen:</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Sachschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei
<b>Was</b> 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 <b>Tätigkeit</b> aus, bzw. haben Sie die Teile <b>bearbeitet</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



<p><b>Besichtigung</b> 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"/> <b>Bei Personenschäden:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Arztbericht anbei</p>
<p><b>Art und Umfang</b> der Verletzung</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p><b>Abwicklung / Kommunikation</b></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><b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b></p>	<p>Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.</p>
<p><b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b></p>	<p>Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.</p>  <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <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>