

| | | |
|----------------------------|--|---|
| Vertragsnummer | <input type="checkbox"/> Personenschaden | <input type="checkbox"/> Sachschaden |
| Versicherer | <input type="checkbox"/> Vermögenschaden | |
| Versicherungsnehmer | Schadenzeitpunkt | |
| Name | Schadentag | Uhrzeit |
| Straße | Schadensort | |
| PLZ, Ort | | |
| geb. am | Tel. | Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Schadenhergang (ausführliche Schilderung über Schadenursache und -verlauf): Verdeutlichen Sie Ihre Angaben durch eine Skizze und/oder Fotos. Soweit Witterungsverhältnisse mitgewirkt haben, äußern Sie sich bitte auch dazu; ebenso, wenn Beleuchtungsverhältnisse oder bauliche Zustände von Bedeutung sein können.

| | | |
|---|---|---|
| Geschädigter | Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Name | Leben Sie mit dem Geschädigten in einem Haushalt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Straße | Steht der Geschädigte in Ihren Diensten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| PLZ, Ort | Stehen Sie in Diensten des Geschädigten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Tel. | Wenn ja, wie? | |
| Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> VN | Wurde der Polizei Anzeige erstattet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Name | Mitteilung zur Erstattung einer Anzeige | <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> anbei |
| Straße | Gibt es Zeugen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| PLZ, Ort | Name | |
| Trat der Schaden im Zusammenhang mit der Ausübung eines Berufes, Dienstes oder Amtes (auch Ehrenamtes) ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Straße | |
| Hat der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst verursacht oder verschuldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | PLZ, Ort | |
| Sind Ansprüche gegen Sie erhoben worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name | |
| <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich (Schriftstück beigelegt) | Straße | |
| Halten Sie die Anforderungen für angemessen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | PLZ, Ort | |
| Warum? | | |

a) Bei Sachschäden

| | |
|--|--|
| Was ist beschädigt worden? | Alter, Preis und Zustand der beschädigten Sache? |
| Hatten Sie die beschädigte Sache gemietet, geliehen, gepachtet oder in Verwahrung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wie hoch schätzen Sie den Schaden? |
| Ist eine Wiederherstellung möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Kostenvoranschlag / Anschaffungsrechnung <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> anbei |

b) Bei Personenschäden

| | | |
|---|--------------------|-------|
| Welche Verletzungen hat der Geschädigte erlitten? | Familienstand? | Alter |
| | Anzahl der Kinder? | Alter |

c) Wenn der Schaden durch Ihr Kind verursacht wurde

| | |
|---|---|
| Geburtsdatum Ihres Kindes? | Wer hat Ihr Kind beaufsichtigt? |
| Wann (Std./Min.) wurde letztmalig vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen? | Womit war es zu diesem Zeitpunkt beschäftigt? |
| Wurde Ihr Kind bereits vor dem Schaden wiederholt und ausführlich über die Gefahren, die hier zum Schaden führten, belehrt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Befand sich Ihr Kind zum Zeitpunkt des Schadens in Obhut anderer (z.B. Kindergarten, bei Verwandten / Bekannten zu Besuch), ohne dass Sie die Aufsicht ausüben konnten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Bestehen anderweitige Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen? nein ja

| | |
|-------------|--------------|
| Versicherer | Vertrags-Nr. |
|-------------|--------------|

Bankkonto für Regulierung

Eine evtl. Entschädigungszahlung soll erfolgen an

| | | | |
|------|---|-------------------------------------|---|
| Bank | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | <input type="checkbox"/> Eigentümer | <input type="checkbox"/> Reparaturfirma |
| BLZ | Konto | Inhaber | |
| | <input type="checkbox"/> Weitere Mitteilungen auf gesondertem Blatt | | |

Wichtige Hinweise/Schlusserklärung

Beachten Sie bitte die Abschnitte „Obliegenheiten im Versicherungsfall“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen! Die Verletzung dieser Obliegenheiten kann zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zur Kürzung der Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis führen.

Sie bestätigen die Fragen wahrheitsgetreu und gewissenhaft beantwortet zu haben. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie diese nicht selbst geschrieben haben.

| | | |
|-------|---|---------------------------------------|
| Datum | Unterschrift Versicherungsnehmer / Schadenverursacher | Unterschrift Makler im Auftrag des VN |
|-------|---|---------------------------------------|