



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Unabhängiger Versicherungsmakler
Ingo Schwager
Oberfrohaer Str. 62 • 09117 Chemnitz
Tel.: 0371 / 3342956
Fax: 0371 / 3342964
uvm.schwager@t-online.de
<http://www.uvm-schwager.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>Tel-/Fax-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Handy-Nr.: <input type="text"/></p> <p>E-Mail: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>Bankverbindung:</p> <p><input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden</p>	<p><input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung</p> <p>Kontoinhaber <input type="text"/></p> <p>Konto bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p>
<p>Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Geschädigten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welches: <input type="text"/></p>
<p>Leben Sie mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</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>Welches Tier hat Ihres Erachtens den Schaden verursacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Pferd</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Name: <input type="text"/></p>



<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.</p>	
<p>Seit wann besitzen Sie das Tier?</p>	<input type="text"/>
<p>Wie viele Tiere dieser Art besitzen Sie insgesamt?</p>	<input type="text"/>
<p>Dient das Tier Ihrer Berufs- oder Erwerbstätigkeit?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p>
<p>Welche Zeugen können Sie benennen?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Tel.: <input type="text"/></p>
<p>Zusätzliche Bemerkungen:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Bei Sachschäden:</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei</p>
<p>Was ist beschädigt?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>Anschaffungsjahr ca.: <input type="text"/></p> <p>Anschaffungspreis ca.: <input type="text"/> €</p> <p>Schadenhöhe ca.: <input type="text"/> €</p>
<p>Waren die beschädigten Teile von Ihnen</p>	<p><input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen?</p> <p><input type="checkbox"/> keiner der genannten Punkte trifft zu</p>
<p>Besichtigung möglich bei:</p>	<p><input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p><input type="text"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Bei Personenschäden:</p>	<p><input type="checkbox"/> Arztbericht anbei</p>



Art und Umfang der Verletzung	
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	
Befand sich der Verletzte auf dem Weg zur Arbeitsstelle ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Abwicklung / Kommunikation	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>
Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:	
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	
Hinweis für den Versicherungsnehmer:	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:	Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden. _____ Ort, Datum, Unterschrift
Rev005 vom 03.12.2015	