

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

| | |
|--|--|
| <p>Versicherungsscheinnummer: <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input checked="" type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p> |
| <p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p> | <p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen): Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/></p> |
| <p>Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Geschädigten oder leben Sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte nähere Info: <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 verursacht?</p> | <p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Bei Jugendlichen zusätzlich: Geburtsdatum: <input type="text"/> Erziehungsberechtigter: <input type="text"/></p> |
| <p>Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Versicherer und Versicherungsscheinnummer: <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.

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

| | |
|---|---|
| Welche Zeugen können Sie benennen? | Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschritt: <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"/> Euro Schadenhöhe ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> Euro |
| 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 |
| Übten Sie an den beschädigten Teilen eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit aus? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besichtigung der beschädigten Sachen möglich bei: | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bei Personenschäden: | <input type="checkbox"/> Arztbericht anbei |
| Art und Umfang der Verletzung | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Behandelnder Arzt oder Krankenhaus | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| 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 |
| 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. <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> Ort, Datum, Unterschrift. |
| Rev001 vom 08.12.2009 | <input checked="" type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. |

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011