

Beratung durch:

Lugert & Lugert GmbH & Co. KG Versicherungsmakler  
Bahnhofplatz 8 • 90762 Fürth  
Tel.: 0911 - 80 12 33 0 • Fax: 0911 - 80 12 33 20  
info@lugert.de  
http://www.lugert.de

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

<p><b>Versicherungsscheinnummer:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b> <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt  <input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten  <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer  <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"/>          Anschrift: <input type="text"/>          Telnr./Faxnr.: <input type="text"/>          Handynr.: <input type="text"/>          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):          Konto <input type="text"/>          bei <input type="text"/>          BLZ <input type="text"/></p>
<p>Besteht ein <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> mit dem Geschädigten oder leben Sie mit ihm in <b>häuslicher Gemeinschaft</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Info:  <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 verursacht?</p>	<p>Name: <input type="text"/>          Anschrift: <input type="text"/>          Tel.: <input type="text"/></p> <p>Bei <b>Jugendlichen</b> 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 <b>ja</b>, 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.

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"/> 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
Übtan Sie an den beschädigten Teilen eine <b>gewerbliche oder berufliche</b> Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Besichtigung</b> der beschädigten Sachen möglich bei:	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

<input type="checkbox"/> <b>Bei Personenschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
<b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b>	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
<b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b>	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 type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.