



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Dieter Prestin Sportversicherungsmakler GmbH
Venloer Str. 114 • 50259 Pulheim
Tel.: 02238/96932-0
Fax: 02238/96932-20
info@dp-sports.de
http://www.dp-sports.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/>	<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
Versicherungsunternehmen: <input type="text"/>	
Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel-/Fax-Nr.: <input type="text"/> Handy-Nr.: <input type="text"/> E-Mail: <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"/> IBAN <input type="text"/>
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Geschädigten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welches: <input type="text"/>
Leben Sie mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schadentag / Uhrzeit	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?	<input type="text"/>
Wer hat den Schaden verursacht?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Bei Jugendlichen zusätzlich: Geburtsdatum: <input type="text"/> Erziehungsberechtigter: <input type="text"/>



Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Versicherer und Versicherungsscheinnummer: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Genauere Schilderung des Schadenhergangs: Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.	<div style="border: 1px solid black; height: 280px; width: 100%;"></div>
Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> Anschrift: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> Tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Zusätzliche Bemerkungen:	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Bei Sachschäden:	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei



Was ist beschädigt?	<input type="text"/> Anschaffungsjahr ca.: <input type="text"/> Anschaffungspreis ca.: <input type="text"/> € Schadenhöhe ca.: <input 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
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 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bei Personenschäden:	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
Art und Umfang der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	<input 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
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:	<input type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<input type="text"/>
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.

Rev004 vom 06.02.2014

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.