



1.4.	Wer hat den Schaden verursacht? Sie selbst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Anschrift des Verursachers	Geburtsdatum
1.5.	Ist der Verursacher mit Ihnen verwandt? falls ja, in welchem Verhältnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Lebte er mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.6.	War er bei Ihnen beschäftigt? falls ja, als was?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.7.	Ist der Geschädigte für den Schaden selbst verantwortlich? falls ja, begründen Sie bitte Ihre Auffassung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.8.	Wurde der Schadenfall polizeilich aufgenommen? falls ja, bitte Anschrift der Dienststelle und Aktenzeichen angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.9.	Wer wurde ggf. polizeilich verwahrt bzw. gegen wen wurde ein Verfahren eingeleitet? Bitte Name und Anschrift angeben.	
1.10	Namen und Anschriften von Zeugen	

2. Bei Beschädigung fremder Sachen

2.1.	Name und Anschrift des Geschädigten		
2.2.	Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, in welchem Verhältnis?	Lebte er mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	2.3.	Was wurde beschädigt?	Haben Sie die beschädigte Sache <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> gepachtet? Wie hoch schätzen Sie den Schaden?
2.4.	Bei Kraftfahrzeug-Beschädigung		
	Fahrzeugart und Hersteller	Amtl. Kennzeichen	Typenbezeichnung
2.5.	Wo kann das Kfz besichtigt werden?		

3. Bei Schäden in einer gemieteten Wohnung

3.1.	Wohnen Sie in einem <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus?
------	---

4. Bei Körperverletzung oder Tötung

4.1.	Name der verletzten/getöteten Person	Geburtsdatum
		Beruf
4.2.	Anschrift	Telefon



		Familienstand
4.3.	Ist die verletzte/getötete Person mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, in welchem Verhältnis?	Lebte sie mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.4.	War sie bei Ihnen beschäftigt? falls ja, als was?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.5.	Welche Verletzungen liegen vor?	
4.6.	Wo befindet sich die verletzte Person?	
4.7.	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses	
4.8.	Befand sich die verletzte Person auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.9.	Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? falls ja, Name und Anschrift der BG:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Sonstiges

5.1.	Wer hat Ansprüche gegen Sie erhoben? (Bitte Schriftstücke beifügen)	
5.2.	Machen Sie ebenfalls Ansprüche geltend? falls ja, bei wem? (Name und Anschrift)	
5.3.	Haben Sie bereits einen Anwalt beauftragt? falls ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes. Bitte beachten Sie, dass dieses Formular nicht dem Geschädigten zur Beantwortung überlassen werden darf. Ohne Zustimmung der Gesellschaft dürfen Ansprüche im Regelfall weder anerkannt noch Entschädigungszahlungen geleistet werden. Alle in dieser Angelegenheit eingehenden Schriftstücke sind sofort der Gesellschaft oder der zuständigen Geschäftsstelle einzureichen. Insbesondere Klagen, Mahnbescheide, Armenrechtsgesuche; gegen Mahnbescheide ist zuvor fristgerecht Widerspruch einzulegen, falls wir keine andere Weisung erteilen. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben bewirken die Leistungsfreiheit des Versicherers, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben. Bitte regulieren Sie den Schadenfall für mich.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers