

Verhältnis zum VN	Verhältnis des Anspruchstellers zum VN						
	Arbeits- oder Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Häusliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Familien-/Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Eltern/Kinder	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Großeltern/Enkel	<input type="checkbox"/> Sonstige Verwandte
	Vertragsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Werkvertrag	<input type="checkbox"/> Dienstvertrag	<input type="checkbox"/> Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Schadenersatzansprüche gegen VN	Schadenersatzansprüche durch Geschädigten				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich
	Eigenverschulden durch Geschädigten				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz
	Geltend gemachte Ansprüche zu hoch				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Zahlung bereits geleistet				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ EUR
	durch	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Agentur	an	<input type="checkbox"/> Geschädigten	<input type="checkbox"/> Abtretungsgläubiger	

Schadenart	Sachschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt
	Personenschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Gewinnausfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Sonstige				
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja

Vom Schaden betroffene Sachen	Beschädigter Gegenstand					
	Art/Umfang der Beschädigung <input type="checkbox"/> Abhanden gekommen <input type="checkbox"/> Totalschaden <input type="checkbox"/> Reparaturschaden <input type="checkbox"/> Wertminderung					
	Hersteller / Typ					
	Belegart <input type="checkbox"/> ohne Beleg <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Beleg bei Agentur archiviert <input type="checkbox"/> Beleg folgt <input type="checkbox"/> Beleg liegt bei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung				Kaufdatum / Kaufpreis _____ / _____ EUR	
	Unreparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja				Voraussichtliche Schadenhöhe _____ EUR	
Sachverständiger <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> bereits beauftragt						

Brillen-/Handschaden etc.	Beschädigter Gegenstand existiert noch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Gegenstand ist/war reparabel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Gegenstand ist bereits repariert worden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Reparaturrechnung ist vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja

KFZ-Schaden	Amtliches Kennzeichen	Fahrzeug-Ident-Nr.	Hersteller	/ Fabrikat	/ Typ	Erstzulassung	Gesamtlauflistung _____ km
	Versicherer zum Schadenzeitpunkt _____						Inanspruchnahme der eigenen Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja

Personenschaden	Name und Anschrift siehe . Schadenbeteiligter					
	Beschreibung der Verletzung					
	Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen					
	Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen					
	Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____ Wochen					
Bei verletzten Kindern Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten siehe . Schadenbeteiligter						

Schaden durch - Wasser	Durchnässung Inventar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	letzte Renovierung (MM/Jahr) _____
	Durchnässung Gebäude	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Inanspruchnahme der eigenen Hausrat-/Gebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
- Gabelstapler	Beträgt die bauseits bedingte Höchstgeschwindigkeit mehr als 6 km/h?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Besteht für den Gabelstapler eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Welcher Personenkreis hat Zugang zu der Schadenstelle?	<input type="checkbox"/> Betriebsangehörige <input type="checkbox"/> Passanten <input type="checkbox"/> sonstige Personen (z.B. Anlieferer, Kunden)			
- Berufliche/betriebliche Tätigkeit	Berufliche oder betriebliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
- Auslandsschaden	Grund des Auslandsaufenthaltes _____				Dauer von _____ bis _____

Sonstige Angaben					
------------------	--	--	--	--	--

Konto für die Schadenzahlung	Konto-Nr. _____	Kontoinhaber (Vorname, Name) _____
	Bankleitzahl _____	Geldinstitut (Name und Ort) _____

Obliegenheiten und Unterschrift Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Hierfür übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat**. Mir ist bekannt, dass **bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben** zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben; bei **grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben** kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens **gekürzt** werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------