Versicherungsnehmer (Name und Anschrift):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Schaden vom: |  |
|  |  | Schadenort: |  |
|  |  | GBH-Schaden-Nr.: |  |
|  |  | Versicherer: |  |
|  |  | Versicherungs-Nr.: |  |
|  |  | GBH-Kunden-Nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Schadenschilderung:** | |
|  | |
| Worin sehen Sie ein Verschulden des Geschädigten? |  |
| Welche Zeugen können Sie benennen  (Name, Anschrift)? |  |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anspruchsteller** (Name): |  | |
| Anschrift: |  | |
| Ist der Anspruchsteller | mit Ihnen verwandt? | bei Ihnen beschäftigt? |
|  | bei Ihnen Kunde? | in Ihrem Haushalt lebend? |
| Welcher Art ist das Verwandtschafts- bzw. das Beschäftigungsverhältnis? |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sachschäden:** | | | |
| Welche Sachen wurden beschädigt? |  | | |
| Welchen Wert haben sie? | EUR | | |
| Haben Sie die Sachen besichtigt? | ja | nein |  |
| Haben Sie die beschädigten Sachen | gemietet | geliehen | aufzubewahren |
| zu bearbeiten | zu reparieren | zu befördern |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Körperverletzungen:** | | | |
| Welche Verletzungen sind eingetreten? |  | | |
| Alter der verletzten Person: | Jahre | Familienstand: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beruf: |  | | Alter u. Anzahl der Kinder: |  |
| Liegt ein Betriebsunfall vor? | | nein | | |
| ja, der Unfall wurde folgender Berufsgenossenschaft gemeldet: | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bei Fragen bitte anrufen unter: |  | E-Mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Stempel/Unterschrift  Versicherungsnehmer |