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 |