

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Pils & Kollegen
 Financial-Planning-GmbH
 Filiale Passau
 Bahnhofstr. 8 • 94032 Passau
 Tel.: 0851 / 756410
 Fax: 0851 / 7564120
 info@pils-kollegen.de
 http://www.pils-kollegen.de

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|---|---|
| <p>Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p> |
| <p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p> | <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Tel-/Fax-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Handy-Nr.: <input type="text"/></p> <p>E-Mail: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> |
| <p>Bankverbindung:</p> <p><input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden</p> | <p><input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung</p> <p>Kontoinhaber <input type="text"/></p> <p>Konto bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p> |
| <p>Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Geschädigten?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welches: <input type="text"/></p> |
| <p>Leben Sie mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
| <p>Schadentag / Uhrzeit</p> | <p><input type="text"/> / <input type="text"/></p> |
| <p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p> | <p><input type="text"/></p> |
| <p>Welches Tier hat Ihres Erachtens den Schaden verursacht?</p> | <p><input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Pferd</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Name: <input type="text"/></p> |

| | |
|--|--|
| <p>Genauere Schilderung des Schadenhergangs: Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.</p> | |
| <p>Seit wann besitzen Sie das Tier?</p> | <input type="text"/> |
| <p>Wie viele Tiere dieser Art besitzen Sie insgesamt?</p> | <input type="text"/> |
| <p>Dient das Tier Ihrer Berufs- oder Erwerbstätigkeit?</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier?</p> | <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> |
| <p>Welche Zeugen können Sie benennen?</p> | <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Tel.: <input type="text"/></p> |
| <p>Zusätzliche Bemerkungen:</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Bei Sachschäden:</p> | <p><input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei</p> |
| <p>Was ist beschädigt?</p> | <p><input type="text"/></p> <p>Anschaffungsjahr ca.: <input type="text"/></p> <p>Anschaffungspreis ca.: <input type="text"/> €</p> <p>Schadenhöhe ca.: <input type="text"/> €</p> |
| <p>Waren die beschädigten Teile von Ihnen</p> | <p><input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen?</p> <p><input type="checkbox"/> keiner der genannten Punkte trifft zu</p> |
| <p>Besichtigung möglich bei:</p> | <p><input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p><input type="text"/></p> |
| <p><input type="checkbox"/> Bei Personenschäden:</p> | <p><input type="checkbox"/> Arztbericht anbei</p> |

| | |
|--|---|
| 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: | <p>Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p> |
| Rev005 vom 03.12.2015 | |