

Schadenanzeige



Vers.-Schein-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____ Agentur-Nr.: _____

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausrat | <input type="checkbox"/> Gebäude | <input type="checkbox"/> Inventar | <input type="checkbox"/> Private Unfall |
| <input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Kfz-Kasko | <input type="checkbox"/> Allgemeine Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Glasbruch |

LSH Versicherung VaG - Postfach 12 52 - 29676 Bad Fallingb. / Bielefeld

Schadentag und Uhrzeit: _____
 Schadenort: _____
 Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Nein Ja
 tagsüber erreichbar unter Telefon-Nr.: _____
Konto für Entschädigungen:
 Kontoinhaber: selbst _____
 Konto-Nr.: _____ BLZ: _____
 polizeilich gemeldet? Nein Ja, am: _____
 Polizeidienststelle: _____
 Tagebuchnummer: _____

Schadenschilderung, evtl. Skizze: (falls der Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt benutzen)

Hausrat-, Gebäude-, Inventar- und/oder Glasbruchschaden

Schadenursache: _____ geschätzte Schadenhöhe: _____ Euro

Besteht für die beschädigte Sache anderweitiger Versicherungsschutz?

Nein Ja (VS-Nr., Gesellschaft): _____

<u>Anzahl</u>	<u>Gegenstand</u>	<u>Schadenumfang</u>	<u>Anschaffungsdatum, Preis</u>	<u>Ersatzanspruch</u>
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

<input type="checkbox"/> <u>Kfz-Haftpflichtschaden</u>	<input type="checkbox"/> <u>Vollkaskoschaden</u>	<input type="checkbox"/> <u>Teilkaskoschaden</u> zu meinem Fahrzeug: _____
---	---	---

Angaben zum Fahrer zum Unfallzeitpunkt

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

geb. am: _____

Führerscheinklasse _____ seit _____

gültige Fahrerlaubnis? Nein Ja

Alkoholgenuss? Nein Ja

Drogen-/Medikamenten-/Rauschmittelgenuss? Nein Ja

Wenn Ja, und zwar _____ Ergebnis: _____%

Wird wegen Unfallflucht ermittelt? Nein Ja

Werden Sie anwaltlich vertreten? Nein Ja

Eigenschaden

Beschädigungen: _____

geschätzte Schadenhöhe: _____ Euro

Kennzeichen und Typ: _____

Km-Stand und Baujahr: _____

Wo kann das Kfz besichtigt werden? _____

Gibt es unreparierte Vorschäden Nein Ja

Art der Beschädigung: _____

Vorschäden repariert? Nein Ja

Sind Sie Erstbesitzer? Nein Ja

Ist das Fahrzeug verpfändet oder geleast? Nein Ja

Wo soll die Reparatur erfolgen? _____

Angaben zum Anspruchsteller

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Fremdschaden

Beschädigungen: _____

geschätzte Schadenhöhe: _____ Euro

Kennzeichen und Typ: _____

Km-Stand und Baujahr: _____

Wurde jemand verletzt/getötet? Nein Ja → Bitte Abschnitt Personenschäden ausfüllen!

Verkehrsteilnehmer als (z.B. Fußgänger, Insasse in Kfz usw): _____

Sofern der Verletzte Insasse Ihres Kfz war:

Ist er Arbeitskollege des Fahrers? Nein Ja

Diente die Fahrt beruflichen Zwecken? Nein Ja

Handelte es sich um eine Fahrt von/zur Arbeitsstätte? Nein Ja

War der Verletzte angeschnallt? Nein Ja

Gibt es Zeugen? Nein Ja, Name/Anschrift: _____

Allgemeine Haftpflicht (ohne Kfz-Haftpflicht)**Verursacher**

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Besteht ein verwandtschaftliches Verhältnis zueinander?

 Nein Ja, und zwar: _____**Gibt es Zeugen?** Nein Ja

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Sachbeschädigung

Was ist beschädigt worden? _____

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? _____

Wo können die Sachen besichtigt werden? _____

Wurde ein Kfz beschädigt? → Kennzeichen und Typ: _____

Anspruchsteller

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Mit Personenschaden? Nein Ja → Bitte Abschnitt Personenschäden ausfüllen!

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Waren diese Sachen von Ihnen gemietet, geliehen, gepachtet?

 Nein Ja, und zwar: _____

Baujahr: _____

Personenschaden bei allen Haftpflichtschäden Bitte ausfüllen soweit bekannt!**Verletzte/getötete Person**

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Erfolgte stationäre Behandlung? Nein Ja,

Krankenhaus: _____

Art der Verletzungen: _____

Verletzte/getötete Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Erfolgte stationäre Behandlung? Nein Ja,

Krankenhaus: _____

Art der Verletzungen: _____

Private Unfallversicherung zum Unfall vom: _____**Verletzte Person**

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Erfolgte stationäre Behandlung? Nein Ja,

Krankenhaus: _____

Art der Verletzungen: _____

Ist die Behandlung abgeschlossen? Nein Ja

Wenn Ja, am: _____

Werden vermutlich Dauerschäden zurückbleiben?

 Nein Ja nicht bekannt

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____

Verletzte Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Erfolgte stationäre Behandlung? Nein Ja,

Krankenhaus: _____

Art der Verletzungen: _____

Ist die Behandlung abgeschlossen? Nein Ja

Wenn Ja, am: _____

Werden vermutlich Dauerschäden zurückbleiben?

 Nein Ja nicht bekannt**Hiermit befreie ich alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.** Nein Ja

Unterschrift der verletzten Person: _____

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten:

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit:

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Kunden: _____