

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Boss-Assekuranz  
Versicherungsmakler e. K.  
Tauentzienstraße 1 • 10789 Berlin  
Tel.: 030 / 885 685-0  
Fax: 030 / 885 685-88  
info@boss-assekuranz.com  
http://boss-assekuranz.com/

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungs-/Schadennummer:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b> <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><b>Geschädigter/</b> (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><b>Bankverbindung:</b></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 <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> mit dem Geschädigten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, welches: <input type="text"/></p>
<p>Leben Sie mit dem Geschädigten in <b>häuslicher Gemeinschaft</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p><b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Welches Tier</b> 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>

**Genauere Schilderung des Schadenhergangs:**

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.

Seit <b>wann</b> besitzen Sie das Tier?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Wie viele</b> Tiere dieser Art besitzen Sie <b>insgesamt</b> ?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Dient das Tier Ihrer <b>Berufs-</b> oder <b>Erwerbstätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wer</b> hatte zum Schadenzeitpunkt die <b>Aufsicht</b> über das Tier?	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Zusätzliche Bemerkungen:</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Sachschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei
<b>Was</b> ist beschädigt?	<input style="width: 100%;" type="text"/> Anschaffungsjahr ca.: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschaffungspreis ca.: <input style="width: 100%;" type="text"/> € Schadenhöhe ca.: <input style="width: 100%;" type="text"/> €
Waren die beschädigten Teile von Ihnen	<input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> keiner der genannten Punkte trifft zu
<b>Besichtigung</b> möglich bei:	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Personenschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei

<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input type="text"/>
Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
<b>Abwicklung / Kommunikation</b>	
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"/>
<b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b>	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
<b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b>	Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.  _____ Ort, Datum, Unterschrift
Rev005 vom 03.12.2015	