

5. Zeugen, Polizei

Namen und Anschriften der Augenzeugen		Beteiligt als (z.B. Mitarbeiter, Passant)	
.....		
.....		
Polizeilich festgestellt am	Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	Verfahren gegen

6. Personenschaden

Verletzungen	Geburtstag	Familienstand	Alter der Kinder
Ambulante Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krankenhausbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfall während der beruflichen Tätigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Arzt oder Krankenhaus	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krankenkasse	Berufsgenossenschaft		

7. Sachschaden (auch Tiere)

Bezeichnung der Sachen		Art der Beschädigung	
.....		
.....		
Gekauft am	Kaufpreis	Reparaturkosten (evtl. Belege beifügen)	
Wo kann die Sache besichtigt werden?			
Die beschädigte Sache hatte ich geliehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gemietet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gepachtet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in Verwahrung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Die Sache war versichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar gegen <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Kasko Versicherer (Name, Anschrift, Vers.-Schein-Nr.):	
Sind Sie gegebenenfalls mit einer Zahlung an den Geschädigten einverstanden? Falls nein, aus welchem Grunde?			

8. Ergänzende Bemerkungen

.....
.....
.....

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten für die Bearbeitung des Schadens speichert und diese - sofern notwendig - an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.

Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift des Versicherungsnehmers)