



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

VMI-Concept GmbH

Kirchröthe 54 • 95511 Mistelbach

Tel.: 09201 / 9170184

Fax: 09201 / 9170185

info@vmi-concept.com

http://www.vmi-concept.com

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|---|---|
| <p>Versicherungsnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input style="width: 100%;" 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>Schadenort</p> | <p><input type="checkbox"/> siehe Anschrift Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> |
| <p>Schadentag / Uhrzeit</p> | <p><input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/></p> |
| <p>Schadenursache</p> | <p><input type="checkbox"/> Haftpflichtschaden durch Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Überspannung durch Blitz / Blitzschlag</p> <p><input type="checkbox"/> Sturm / Hagel <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Elementar</p> <p><input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl / Raub / Vandalismus</p> <p><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Glasbruch</p> <p><input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung aus og. Grund</p> <p><input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> |
| <p>Genauere Schilderung des Schadenhergangs - wie kam es zu dem Schaden? Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div> |



| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sachschäden | |
| <p>Was wurde beschädigt?</p> <p>Bitte Art und Umfang der Beschädigung und genaue Bezeichnung der beschädigten Sache nennen. Sofern möglich, geben Sie bitte auch an ob eine Reparatur wirtschaftlich sinnvoll erscheint.</p> | <input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| Wie hoch schätzen Sie den Schaden ungefähr? (Neuwert!) | <input style="width: 50px;" type="text"/> € |
| Besteht für die beschädigten Sachen noch anderweitiger Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Versicherer: <input style="width: 150px;" type="text"/> Vschnr.: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Personenschäden | |
| Art und Umfang der Verletzung | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Befand sich der Verletzte auf dem Weg zur Arbeitsstelle ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Weitere Infos | |
| Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verschuldet? | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> |
| Ist der Schaden verursacher bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Schadenverursacher ist der Versicherungsnehmer, dann bitte Geschädigten nennen! | Name: <input style="width: 150px;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 150px;" type="text"/> |



| | |
|--|---|
| Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Behörde: <input type="text"/> Aktenzeichen: <input type="text"/> |
| Bankverbindung: <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden | <input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung Kontoinhaber <input type="text"/> Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> |
| Sind Sie bzw. der Geschädigte Vorsteuerabzugsberechtigt ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 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"/> |
| Zusätzliche Bemerkungen: | <input type="text"/> |
| Hinweis für den Versicherungsnehmer und Unterschrift | Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. _____ Ort, Datum, Unterschrift |
| Rev004 vom 03.12.2015 | <input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. |