

# Schadenanzeige

Versicherungsschein-Nummer:	Schaden-Nummer:	Versicherungsart:	Versicherungsgesellschaft:
-----------------------------	-----------------	-------------------	----------------------------

<b>Schadenart:</b>	Feuer	Einbruch-	Leitungs-	Sturm,	Glas-
	Blitzschlag	diebstahl,	wasser	incl.	bruch
	Explosion	Raub		Hagel	
	Haftpflicht	Unfall/Insassen-Unfall		Kfz-Haftpflicht	Kfz-Kasko

Versicherungsnehmer:

Schnelle Rückgabe erbeten an:

Herrn/Frau/Firma

**FWB Maus  
Mainzer Straße 3**

**65239 Hochheim**

Tel.: 06146 / 902519

Fax: 06146 / 902518

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,  
ihre Angaben benötigen wir zu der/den oben angekreuzten Sparte(n).

Bei kleineren Sachschäden in der Kraftfahrt-Haftpflicht- oder Vollkaskoversicherung kann es für Sie vorteilhaft sein selbst zu regulieren, damit sich ihr Beitrag nicht erhöht. Wir beraten sie gerne.

Schadenort (PLZ, Ort, Straße, Hausnummern)

Schadentag (Tag, Uhrzeit)

Scheck erbeten an (Vor- und Zunahme, Anschrift)

**Schadenschilderung:** (wenn Platz nicht ausreicht, bitte separates Blatt benutzen).

**Schadenaufstellung:** (wenn Platz nicht ausreicht, bitte separates Blatt benutzen).

Anzahl	Gegenstand	Anschaffungs- Jahr	Schadenhöhe in €	Be- schä- digt	Ge- Stoh- -len

Reparaturkostenbelege (Anschaffungsbelege)

anbei,

werden nach gereicht.

**Allgemeine Fragen:**

Schadenverursacher (Vor- und Zuname,vollständige Anschrift,Telefon,Alter)

Sind die betroffenen Objekte oder der Geschädigte bei einem anderen Versicherer versichert?

Ja                      Nein

Zutreffende Gesellschaft/Adresse/Versicherungsnummer angeben:

Ist der Schaden polizeilich erfaßt worden?(Brand,Blitzschlag,Explosion,Einbruchdiebstahl,Raub,Personenschäden müssen polizeilich gemeldet werden)

Ja                      Nein

Meldetag,Polizeidienststelle mit vollständiger Anschrift,Tagebuchnummer

Eigentümer / Halter des eigenen Schadens (Vor- und Zuname,vollständige Anschrift,fam. oder berufliche Beziehung)

Geschädigter / Halter des fremden Schadens (Vor- und Zuname,vollständige Anschrift,fam. oder berufl. Beziehung)

Sind sie vorsteuerabzugsberechtigt?

Ja                      Nein

Waren Vorschäden vorhanden?

Ja                      Nein

War der Raum / Kfz verschlossen?

Ja                      Nein

Wo kann Besichtigung erfolgen?

<b>Kfz-Schaden</b>	War der Zündschlüssel abgezogen?	War das Lenkradschloß betätigt?	Stand das Fahrzeug auf einem bewachten Parkplatz, oder in fremdem Gewahrsam
	<b>Eigener Schaden:</b>		(Hotelgarage,Werkstatt .....)?
	Ja                      nein	Ja                      Nein	Ja                      Nein
<b>Fremder Schaden:</b>	Kfz-Kennzeichen:	Versicherer:	Versicherungsschein Nummer :                      Fahrer

<b>Unfall-schaden:</b>	Welcher Arzt leistete erste ärztliche Hilfe? (Name,Anschrift,Krankenhaus)	Datum / Uhrzeit
	Welche Verletzungen liegen vor?	Von wann bis wann wurden sie stationär behandelt?

<b>Einbruch-diebstahl:</b>	Wurden vom Täter zum Öffnen Schlüssel verwendet?	Welche Umstände deuten auf die Verwendung von Nach-Schlüsseln hin, bzw. wie sind die Täter in den Besitz der richtigen Schlüssel gekommen?
	Ja                      nein	
<b>Leitungswasser:</b>	Wodurch ist der Rohrbruch entstanden?	Wo ist das Wasser ausgetreten?
<b>Sturm:</b>	Sind in der Nachbarschaft noch weitere Sturmschäden eingetreten?	Ja                      nein

<b>Rechtsfolgenhinweis</b>	Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Mir ist ferner bekannt, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten auch dann verantwortlich bin, wenn diese nicht von mir, sondern von einer anderen Person geschrieben werden.
<b>Schweigepflicht:</b>	Alle Ärzte, die mich (versicherte Person) bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Finanz- und Wirtschafts Beratung Maus oder deren Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden der Finanz- und Wirtschafts Beratung Maus die erforderlichen Auskünfte zu geben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person