



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

MSH Möller & Schröder
 Hannoversche Assekuranzmakler GmbH
 Lindenallee 9 • 30657 Hannover
 Tel.: 0511 / 65 49 8
 Fax: 0511 / 65 10 63
 info@msh24.de
 http://www.MSH24.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Versicherungsnummer:</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>Versicherungsunternehmen:</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<p> <input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler </p>
<p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p> Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tel-/Fax-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/> Handy-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/> E-Mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt </p>
<p>Bankverbindung:</p> <p> <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden </p>	<p> <input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/> Konto bei <input style="width: 100%;" type="text"/> BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/> </p>
<p>Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Geschädigten?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches: <input style="width: 100%;" type="text"/> </p>
<p>Leben Sie mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/></p>
<p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Welches Tier hat Ihres Erachtens den Schaden verursacht?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> Name: <input style="width: 100%;" 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 wann besitzen Sie das Tier?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Wie viele Tiere dieser Art besitzen Sie insgesamt ?	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Dient das Tier Ihrer Berufs- oder Erwerbstätigkeit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier?	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Zusätzliche Bemerkungen:	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<input type="checkbox"/> Bei Sachschäden:	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei
Was ist beschädigt?	<input style="width: 100%;" type="text"/> Anschaffungsjahr ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> Anschaffungspreis ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> € Schadenhöhe ca.: <input style="width: 50%;" 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
Besichtigung 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"/> Bei Personenschäden:	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei



Art und Umfang der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	<input type="text"/>
Befand sich der Verletzte auf dem Weg zur Arbeitsstelle ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
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"/>
Regulierungsempfehlung des Maklers:	<input type="checkbox"/> Regulierung nach Sach- und Rechtslage <input type="checkbox"/> Abwehr der unbegründeten/überhöhten Ansprüche <input type="checkbox"/> Regulierung in Höhe von <input type="text"/> € an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Werkstatt / Handwerker <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Hinweis für den Versicherungsnehmer:	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:	Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden. _____ Ort, Datum, Unterschrift