



<b>Arbeitsgemeinschaft (ARGE)</b>	Wurde der Schaden im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft verursacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Ihre Beurteilung</b>	Trifft Sie oder eine mitversicherte Person ein Verschulden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Begründung		
	Liegt ein Verschulden Dritter vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name		
	Liegt ein Mitverschulden des Anspruchstellers vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Begründung		
<b>Zeugen</b>					
<b>Polizeilich aufgenommen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, durch	Anschrift/Dienststelle/Telefon	Tagebuch-Nr.	
	Anzeige/Verwarnung <input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> nein		gegen		
<b>Angaben zu den Geschädigten</b>	Name, Vorname	Anschrift	Beruf/Gewerbe	Telefon (tagsüber)	
Ist der/die Geschädigte	mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses		
	bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Ihrem Haushalt integriert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ihr Mieter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name, Vorname	Anschrift	Beruf/Gewerbe	Telefon (tagsüber)	
Ist der/die Geschädigte	mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Verwandtschafts- bzw. Beschäftigungsverhältnisses		
	bei Ihnen Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Ihrem Haushalt integriert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ihr Mieter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sachschäden des/der Geschädigten</b>	Welche Sachen wurden beschädigt?	Alter /Anschaffungspreis (Währung)/Eigentümer	Art und Umfang der Beschädigung	Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR	
				Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR	
				Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, EUR	
	Hatten Sie oder eine mitversicherte Person die beschädigte Sache	gemietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geliehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Verwahrung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zu reparieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zu befördern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?				
<b>Personenschaden des/der Geschädigten</b>	Betriebsunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	Verletzte Person Alter Familienstand	zu versorgende Kinder Anzahl Alter
	Art und Umfang der Verletzung				
<b>Ansprüche des/der Geschädigten</b>	Sind bereits Ansprüche bei Ihnen geltend gemacht/ angekündigt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich	Wann erstmals?	In welcher Höhe?
	Halten Sie die Forderung des Geschädigten für angemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, warum?		
	Kann eine etwaige Entschädigung an Geschädigten gezahlt werden?	ohne dass wir Sie vorher verständigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, warum?		
<b>Wichtiger Hinweis</b>	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind.	Dies gilt auch für den Fall, dass ich sie nicht selbst ausgefüllt habe. Es ist mir bekannt, dass bei vorsätzlich falschen oder lückenhaften Angaben der		Versicherer leistungsfrei ist. Bei grob fahrlässig falschen oder lückenhaften Angaben ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere meines Verschuldens	entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trage ich.
<b>Unterschriften</b>	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers		Unterschrift des Schädigers	