



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Fairsicherungsbüro Dresden GmbH

An der Pikardie 2 • 01277 Dresden

Tel.: 0351 / 2512379

Fax: 0351 / 2512407

info@fairsicherung-dresden.de

http://www.fairsicherung-dresden.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Versicherungsnummer: <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input 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>Worin besteht die Pflichtverletzung (Verstoß als Versicherungsfall in der VSH), die zu einem Vermögensschaden führen kann oder geführt hat?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Telnr./Faxnr.: <input type="text"/></p> <p>Handynr.: <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen): IBAN <input type="text"/> bei <input type="text"/></p>
<p>Tag, an dem der Schaden erstmals festgestellt wurde:</p>	<input type="text"/>
<p>Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>im Betrieb tätig als:</p> <p><input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Leiharbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Aushilfe / Teilzeitkraft <input type="checkbox"/> Praktikant</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>



Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer oder seiner Mitarbeiter vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern:
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Wie kam es zu dem Vermögensschaden? Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: <input style="width: 90%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 90%;" type="text"/> Tel.: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Wurden bereits Ansprüche gegenüber dem Versicherungsnehmer erhoben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, was wird geltend gemacht (Art und Höhe): <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Wurde ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Wurde gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, Prozesskostenhilfe beantragt oder ihm gerichtlich der Streit verkündet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 90%;" type="text"/>



Besteht ein Arrest , eine einstweilige Verfügung oder ein Beweissicherungsverfahren gegen den Versicherungsnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/>
Zusätzliche Bemerkungen:	<input type="text"/>
In welcher Art und Weise wurde das Vermögen geschädigt? (z.B. Fehlbeträge, entgangener Gewinn etc.)	<input type="text"/>
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.
Rev001 vom 10.08.2022	<input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.