



<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	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	
Ist der/die Geschädigte	Name, Vorname	Anschrift	Beruf/Gewerbe	Telefon (tagsüber)	
	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		
Ist der/die Geschädigte	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, DM/EUR
			Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, DM/EUR		
			Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, DM/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>	<b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind.</b>	<b>Dies gilt auch für den Fall, daß ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, daß bewußt falsche oder lücken-</b>	<b>hafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung des Falles aus-</b>	<b>wirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht.</b>	
<b>Unterschriften</b>	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers		Unterschrift des Schädigers	