

**Versicherungsnehmer:**

.

**Beratung durch:**

LUBECA Versicherungskontor GmbH

Beckergrube 38-52 • 23552 Lübeck

Tel.: 0451 - 1 48-260

Fax: 0451 - 1 48-347

mail@lubeca.eu

http://www.lubeca.eu

**Persönlicher Ansprechpartner:**

LUBECA Schaden Team

Tel.: 0451-148-260

Fax: 0451-148-347

mail@lubeca.eu

<b>Versicherungs-/Schadennummer:</b> <input type="text"/> <b>Versicherungsunternehmen:</b> <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input checked="" type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler
<b>Geschädigter/</b> (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telnr./Faxnr.: <input type="text"/> Handynr.: <input type="text"/> Email: <input type="text"/>  Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen): Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/>
<b>Schadentag / Uhrzeit</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?	<input type="text"/>
<b>Wer</b> hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> im Betrieb tätig als: <input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Leiharbeiter <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Aushilfe / Teilzeitkraft <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer oder seiner Mitarbeiter vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern: <input type="text"/>

für  
 .  
 am 24.02.2017

**Genauere Schilderung des Schadenhergangs:**

Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.

Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/> Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ist ein <b>Ermittlungs- oder Strafverfahren</b> eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Zusätzliche Bemerkungen:</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Sachschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei
<b>Was</b> 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
Übt Sie bzw. der Schadenverursacher an oder mit den beschädigten Teilen eine <b>Tätigkeit</b> aus, bzw. haben Sie die Teile <b>bearbeitet</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Besichtigung</b> möglich bei:	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Personenschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input type="text"/>
Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Er litt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
<b>Abwicklung / Kommunikation</b>	
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"/>
<b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b>	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
<b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b>	Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.  _____ Ort, Datum, Unterschrift.
Rev004 vom 03.11.2015	<input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.

 für  
 .  
 am 24.02.2017