

Tel.: +49 (89) 66550 100

Fax: +49 (89) 66550 200

E-Mail: info@tpsh.de

zurück an:

TPSH Versicherungsmakler GmbH  
Biberger Str. 93  
82008 Unterhaching

|                     |  |
|---------------------|--|
| Versicherungsnehmer |  |
| Vertragsnummer      |  |
| Vorgangsnummer      |  |

## 1. VERSICHERUNGSNEHMER

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 1.1. Firma / Name, Vorname |  |
| 1.2. Straße                |  |
| 1.3. PLZ, Ort              |  |
| 1.4. E-Mail                |  |
| 1.5. Telefon               |  |
| 1.6. Fax                   |  |

## 2. GESCHÄDIGTE PERSON / FIRMA

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 2.1. Firma / Name, Vorname |  |
| 2.2. Straße                |  |
| 2.3. PLZ, Ort              |  |
| 2.4. E-Mail                |  |
| 2.5. Telefon               |  |
| 2.6. Fax                   |  |

## 3. ALLGEMEINE ANGABEN

|   |  |
|---|--|
| 3.1. Schadentag / Uhrzeit                                   |  |
| 3.2. Schadenort (Anschrift)                                 |  |
| 3.3. Wer verursachte den Schaden (Name, Vorname, Funktion)? |  |

|   |   |
|---|---|
| 3.4. In welchem Verhältnis steht der Geschädigte zu Ihnen?                                      | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Geschäftsführer<br><input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Mitversicherte Gesellschaft / Unternehmen / Person<br><input type="checkbox"/> weder noch |
| 3.5. Hat der Geschädigte oder ein sonstiger Dritter den Schadenfall mit verursacht und weshalb? |   |
| 3.6. Gibt es Zeugen?  | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, bitte Name, Vorname und Anschrift:  |
| 3.7. Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?   | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Anschrift Polizeidienststelle, Aktenzeichen:  |

## 4. ANGABEN ZUM SCHADEN

|  |  |
|--|--|
| 4.1. Was wurde beschädigt?   |  |
| 4.2. Alter der beschädigten Sache?   |  |
| 4.3. Wer ist der Eigentümer der beschädigten Sache?  |  |
| 4.4. War die Sache von Ihnen gemietet oder geliehen?   |  |
| 4.5. Kann der Schaden besichtigt werden?<br>Wenn ja, wo?   |  |
| 4.6. Wie hoch wird der Schaden geschätzt oder gibt es bereits schriftliche Schadenersatzansprüche? |  |

## 5. ANGABEN ZUM PERSONENSCHADEN

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 5.1. Wer wurde verletzt? |  |
| 5.2. Art der Verletzung? |  |

## 6. BEI FAHRZEUGSCHÄDEN/Schäden durch Stapler bzw. selbstfahrende Arbeitsmaschinen

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 6.1. Typ / Marke des geschädigten Fahrzeuges                             |                               |                             |
| 6.2. Fahrzeuglenker / Fahrzeughalter des geschädigten Fahrzeuges         |                               |                             |
| 6.3. Wo ist das geschädigte Fahrzeug Haftpflicht / Vollkasko versichert? |                               |                             |
| 6.4. Wurde das Fahrzeug im Rahmen eines Beladevorgangs beschädigt?       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

## 7. BEI SCHÄDEN DURCH GABELSTAPLER bzw. SELBSTFAHRENDE ARBEITSMASCHINEN

|  |  |
|--|--|
| 7.1. Um welche Maschinen- / Fahrzeugart handelt es sich? |  |
|--|--|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 7.2. Ist das Fahrzeug zulassungspflichtig?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7.3. Wie hoch ist die Höchstgeschwindigkeit?                                       |                               |                             |
| 7.4. Wer führte die Maschine oder das Fahrzeug?                                    |                               |                             |
| 7.5. Besitzt dieser einen gültigen Führer- / Maschinen- / Staplerschein?           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7.6. Wo wird die Maschine / das Fahrzeug betrieben?                                |                               |                             |
| 7.7. Wie ist das Gelände gesichert auf dem das Fahrzeug oder die Maschinen stehen? |                               |                             |
| 7.8. Ist das Gelände für jeden zugänglich?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7.9. Hat das Fahrzeug eine Betriebserlaubnis?                                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

## 8. SCHADENHERGANG / -SKIZZE (Anlass, Hergang und Ursache des Schadens)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## 9. ANGABEN FÜR DIE REGULIERUNG

|  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| 9.1. Sind bereits Ersatzansprüche an Sie gestellt worden?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von € |
| 9.2. Hat der Geschädigte seine Ersatzansprüche mit Forderungen von Ihnen aufgerechnet?                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von € |
| 9.3. Sind Sie mit einer Auszahlung der Entschädigung unmittelbar an den Anspruchsteller einverstanden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                |
| 9.4. An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?  |                               |  |
|  | IBAN:                         | BIC: Institut:                             |

Die Fragen sind nach bestem Gewissen richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entstanden ist.

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort / Datum | Unterschrift vom Versicherungsnehmer |
|             |                                      |