

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|--|--|----------------------|---|---|---|------------------------------------|--|--|--|--|
| Name und Adresse des Versicherten <i>Name and address of the insured</i> Versicherungs-Nr. 980588564 <i>Insurance policy no.</i> | Schadenanzeige / Claim form Vermeiden Sie bitte jede Verhandlung mit dem Geschädigten über seinen Anspruch. Sie dürfen einen Anspruch weder anerkennen noch befriedigen, bevor Sie nicht vom Versicherer dazu angewiesen sind. Eingehende Schriftstücke (insbesondere Antragschreiben, Schadenbelege, Klagen, Mahnbescheide, Anträge auf Prozesskostenhilfe und dgl.) sind sofort in Urschrift dem Versicherer einzureichen. Erheben Sie gegen Mahnbescheide sofort Widerspruch und legen Sie gegen Vollstreckungsmaßnahmen Einspruch ein. Beachten Sie bitte grundsätzlich dass jeder Versicherungsfall unverzüglich spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen ist. Erhebt der Geschädigte Ansprüche, sind Sie verpflichtet, dies innerhalb einer Woche dem Versicherer zu melden. <i>Please avoid any discussion with the injured party about his or her claim. Before you have been advised by your insurer you must neither admit nor settle a claim. Any correspondence (particularly written claims, loss documentation, claims, orders to pay, applications for help in litigation or similar) are to be sent to the insurer immediately. Lodge a complaint immediately against any order to pay and raise an objection to any actions taken to enforce payment. Please note that every insurance accident must be reported in writing within one week, without delay. If the injured party makes a claim, you are required to report this within a week to the insurer.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erreichbarkeit / Contact details <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Telefon tagsüber <i>Daytime phone no.</i></td> <td style="border: none;">Telefax tagsüber <i>Daytime fax no.</i></td> <td style="border: none;">Telefon privat <i>Home phone no.</i></td> <td style="border: none;">Telefax privat <i>Home fax no.</i></td> <td style="border: none;">Email</td> <td style="border: none;">Beruf/Betrieb <i>Occupation/Organisation</i></td> </tr> </table> | | Telefon tagsüber <i>Daytime phone no.</i> | Telefax tagsüber <i>Daytime fax no.</i> | Telefon privat <i>Home phone no.</i> | Telefax privat <i>Home fax no.</i> | Email | Beruf/Betrieb <i>Occupation/Organisation</i> | | | | | | | | | | |
| Telefon tagsüber <i>Daytime phone no.</i> | Telefax tagsüber <i>Daytime fax no.</i> | Telefon privat <i>Home phone no.</i> | Telefax privat <i>Home fax no.</i> | Email | Beruf/Betrieb <i>Occupation/Organisation</i> | | | | | | | | | | | | |
| Schadendatum _____ Uhrzeit _____ Ort _____ <i>Date of incident</i> _____ <i>Time</i> _____ <i>Place</i> _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schilderung des Schadenereignisses (ggf. zusätzliches Blatt benutzen, auch für Skizze) <i>Description of accident (if required use an additional sheet of paper, particularly for diagrams or sketches)</i> _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geschädigte/r : _____ <i>Injured party: (Name u. vollständige Adresse / Name and full address) (ggf. zusätzliches Blatt, If required use an additional sheet of paper)</i> Phone _____ Fax _____ Email _____ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Ist der/die Geschädigte <i>Is the injured party</i></td> <td style="border: none;">mit Ihnen verwandt? <i>related to you?</i></td> <td style="border: none;">bei Ihnen beschäftigt? <i>employed by you?</i></td> <td style="border: none;">Art des Verwandtschafts-/Beschäftigungsverhältnisses <i>Form of relationship/employment</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">bei Ihnen Kunde? <i>your customer?</i></td> <td style="border: none;">in Ihrem Haushalt integriert? <i>a member of your household?</i></td> <td style="border: none;">Ihr Mieter? <i>your tenant?</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> </tr> </table> | | Ist der/die Geschädigte <i>Is the injured party</i> | mit Ihnen verwandt? <i>related to you?</i> | bei Ihnen beschäftigt? <i>employed by you?</i> | Art des Verwandtschafts-/Beschäftigungsverhältnisses <i>Form of relationship/employment</i> | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | | | bei Ihnen Kunde? <i>your customer?</i> | in Ihrem Haushalt integriert? <i>a member of your household?</i> | Ihr Mieter? <i>your tenant?</i> | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Ist der/die Geschädigte <i>Is the injured party</i> | mit Ihnen verwandt? <i>related to you?</i> | bei Ihnen beschäftigt? <i>employed by you?</i> | Art des Verwandtschafts-/Beschäftigungsverhältnisses <i>Form of relationship/employment</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | | | | | | | | | | | | | | | |
| | bei Ihnen Kunde? <i>your customer?</i> | in Ihrem Haushalt integriert? <i>a member of your household?</i> | Ihr Mieter? <i>your tenant?</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | | | | | | | | | | | | | | |
| Schaden-Verursacher: _____ <i>Responsible for accident: Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Telefax / Family name, given name, address, phone, fax</i> _____ <i>Beruf / Occupation</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VDWS Safety Tool / Card: _____ <i>wo abgeschlossen? (Name u. vollständige Adresse) / Where closed? (Name and full address)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ <i>Beginn / beginning</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zusätzlich bei Kindern / <i>In addition, for children</i> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Geburtsdatum <i>Date of birth</i></td> <td style="border: none;">Schüler <i>student</i></td> <td style="border: none;">Verheiratet? <i>married?</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">in Ausbildung als <i>Training as</i></td> <td style="border: none;">seit <i>since</i></td> <td style="border: none;">Abgeschlossene Ausbildung als <i>Completed training as</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">seit <i>on</i></td> </tr> </table> | Geburtsdatum <i>Date of birth</i> | Schüler <i>student</i> | Verheiratet? <i>married?</i> | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | in Ausbildung als <i>Training as</i> | seit <i>since</i> | Abgeschlossene Ausbildung als <i>Completed training as</i> | | | seit <i>on</i> | | | | |
| Geburtsdatum <i>Date of birth</i> | Schüler <i>student</i> | Verheiratet? <i>married?</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | | | | | | | | | | | | | | | |
| in Ausbildung als <i>Training as</i> | seit <i>since</i> | Abgeschlossene Ausbildung als <i>Completed training as</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | seit <i>on</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wer beaufsichtigte das Kind (Name, Vorname, Geburtsdatum)? <i>Who was supervising the child (family name, given name, date of birth)?</i> _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ <i>Anschrift Address</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Ihre Beurteilung <i>Your report</i> | Trifft Sie oder eine mitversicherte Person ein Verschulden? <i>Were you or another insured person responsible for the accident?</i> | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes, grounds |
| | Liegt ein Verschulden Dritter vor? <i>Was a third party responsible for the accident?</i> | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes, grounds |
| | Liegt ein Mitverschulden des Geschädigten vor? <i>Was there contributory negligence by the injured party?</i> | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes, grounds |
| Zeugen <i>Witnesses</i> | Namen und Anschrift / <i>Names and addresses</i> | | |
| Polizeilich aufgenommen <i>Police notification</i> | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, at | Anschrift/Dienststelle <i>address/department</i> | Tagebuch-Nummer <i>Incident/log no.</i> |
| | Anzeige/Verwarnung <i>Complaint/police caution</i> | | |
| | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, durch / as _____ | | |
| Sachschaden des Geschädigten <i>Injured party's Property</i> | Welche Sachen wurden beschädigt? (bitte detaillierte Angaben Art, Hersteller, Typ) <i>What items were damaged?</i> | | |
| Art u. Umfang der Beschädigung / <i>Type and extent of damage</i> _____: | | | |
| Ist eine Reparatur möglich? <i>Is repair possible?</i> (Kostenvoranschlag beifügen / <i>enclose a calculation</i>) | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Dauer der Reparatur / <i>period of repair</i> : _____ |
| | | | Kosten der Reparatur / <i>cost of repair</i> ; _____ € |
| Anschaffungsjahr / <i>Year of purchase</i> _____ | | | Anschaffungspreis / <i>purchase price</i> € _____ (Rechnung befügen / <i>enclose the invoice</i>) |
| Hatten Sie die beschädigte Sache <i>gemietet?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>Were the damaged items with you or another insured person</i> | | <i>on hire?</i> | <i>geliehen?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>on loan?</i> |
| | | <i>zu bearbeiten?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>to work on?</i> | <i>in Verwahrung?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>in safekeeping?</i> |
| | | <i>zu reparieren?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>for repair?</i> | <i>zu befördern?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <i>for despatch?</i> |
| Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden? _____ <i>Where can the damaged items be examined?</i> | | | |
| Personenschaden des Geschädigten <i>Insured party's Injuries</i> | Betriebsunfall? <i>Accident at work?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Schulunfall? <i>at school?</i> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Behandlung erfolgt <i>Medical treatment as</i> <input type="checkbox"/> in patient <input type="checkbox"/> out patient |
| | | | Verletzte Person <i>Injured person</i> Age marital status |
| Art und Umfang der Verletzung <i>Type and extent of injuries</i> | | | |
| Ansprüche des Geschädigten <i>Claims by the injured party</i> | Sind bereits Ansprüche bei Ihnen geltend gemacht worden? <i>Have claims already been asserted against you?</i> | | |
| | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> yes, mündlich / <i>verbally</i> | <input type="checkbox"/> schriftlich / <i>in written form</i> Wieviele? € _____ <i>How much?</i> |
| Halten Sie die Forderung des Geschädigten für angemessen? <i>Do you believe the injured party's demands to be reasonable?</i> | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, why not? | |
| Kann eine etwaige Entschädigung an den Geschädigten gezahlt werden, ohne dass Sie vorher verständigt werden? <i>Can a possible compensation be paid to the injured party, without you being informed in advance?</i> | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, why not? | |
| Wohin soll die Entschädigung gezahlt werden? <i>Where shall the compensation be paid?</i> | | Bankverbindung (Konto-Nr., BLZ / <i>account number, bank code</i>) | |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, dass bewusst falsche oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung des Falles auswirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht. <i>I certify by signing below that all the questions in this claims form have been answered fully and correctly. This also applies even in a case where I myself have not written the answers. I understand that knowingly incorrect or incomplete details may lead to the loss of insurance protection, even when this has no effect on the evaluation of the case, and do not thereby result in any injury for the insurer.</i> | | | |
| Datum / Date | Unterschrift des Versicherten / Signature of insured | | |