

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Global Agrar & Wein Assekuranz GmbH

Gewerbepark West 13 • 76863 Herxheim

Tel.: 07276 / 9666-60

Fax: 07276 / 9666-69

info.gaw@global-gruppe.com

http://www.global-agrar-wein.com

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Versicherungsnummer:</b><br><input type="text"/><br><b>Versicherungsunternehmen:</b><br><input type="text"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt<br><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten<br><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer<br><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Schadenort</b><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> siehe Anschrift Versicherungsnehmer<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Schadentag / Uhrzeit</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Schadenursache</b>                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Haftpflichtschaden durch Kunden<br><input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Überspannung durch Blitz / Blitzschlag<br><input type="checkbox"/> Sturm / Hagel <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Elementar<br><input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl / Raub / Vandalismus<br><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Glasbruch<br><input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung aus og. Grund<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <b>Genaue Schilderung des Schadenhergangs - wie kam es zu dem Schaden?</b><br>Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden. | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

☐ **Sachschäden**
**Was** wurde beschädigt?

Bitte Art und Umfang der Beschädigung und genaue Bezeichnung der beschädigten Sache nennen. Sofern möglich, geben Sie bitte auch an ob eine Reparatur wirtschaftlich sinnvoll erscheint.

☐ Fotos anbei ☐ Anschaffungsrechnung anbei

Wie **hoch** schätzen Sie den Schaden ungefähr? (Neuwert!)

 €

Besteht für die beschädigten Sachen noch **anderweitiger** Versicherungsschutz?

☐ nein ☐ ja

Versicherer:

Vschnr.:

☐ **Personenschäden**
**Art und Umfang** der Verletzung

Befand sich der Verletzte auf dem **Weg zur Arbeitsstelle**?

☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer **beruflichen Tätigkeit**?

☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

**Weitere Infos**

Wer hat den Schaden **Ihres Erachtens** verschuldet?

Ist der Schaden**verursacher** bekannt?

☐ nein ☐ ja

☐ Schadenverursacher ist der Versicherungsnehmer, dann bitte **Geschädigten** nennen!

Name:

Anschrift:

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                      | Behörde: <input type="text"/><br>Aktenzeichen: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bankverbindung:</b><br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht<br><input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden | <input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung<br>Kontoinhaber <input type="text"/><br>Konto <input type="text"/><br>bei <input type="text"/><br>BLZ <input type="text"/><br>IBAN <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                            |
| Sind Sie bzw. der Geschädigte <b>Vorsteuerabzugsberechtigt</b> ?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Abwicklung / Kommunikation</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?                                                                                             | <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail<br><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?<br>Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.                                | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Regulierungsempfehlung des Maklers:</b>                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Regulierung nach Sach- und Rechtslage<br><input type="checkbox"/> Abwehr der unbegründeten/überhöhten Ansprüche<br><input type="checkbox"/> Regulierung in Höhe von <input type="text"/> € an<br><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer<br><input type="checkbox"/> Anspruchsteller<br><input type="checkbox"/> Werkstatt / Handwerker<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <b>Zusätzliche Bemerkungen:</b>                                                                                                                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Hinweis für den Versicherungsnehmer und Unterschrift</b>                                                                                                                  | Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.<br><br><br><br>Ort, Datum, Unterschrift                                                                                                                                                                                                                      |
| Rev004 vom 31.01.2020                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |