

## SCHADENANZEIGEFORMULAR WASSERSPORTVERSICHERUNG

Blatt

1

Dieses Formular wird automatisch verarbeitet. Bitte nur **1 Buchstaben/Zahl pro Kästchen** eintragen!

Document-Nr.

### Versicherungsnehmer

Name																	M	W
Anfangsbuchstaben Vornamen	Einfügung				Geburts- datum	Tag	Monat	Jahrhundert	Jahr									
Postleitzahl					Hausnummer													
Adresse																		
Ort																		
Kontonummer in den Niederlanden					Telefonnummer													

### Fahrzeug

Typ																
Name																
Baujahr																
Werft-/Segelnummer																

### Antriebsanlage

Marke					Anlage (Typ)	<input type="checkbox"/> Außenbord	<input type="checkbox"/> eingebaut									
Serien- und Motornummer(n)																
Baujahr					PS/kW											

### Beiboot

Typ																
Marke					Baujahr											

### Antriebsanlage Beiboot

Marke					Kaufdatum										
					Baujahr										

### Bootsanhänger

Marke					Baujahr										
-------	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Schiffer während Unfall

Name																
Postleitzahl					Hausnummer											
Adresse																
Ort																
Telefonnummer																

WEITER AUF BLATT 2.

## FORTSETZUNG SCHADENANZEIGE WASSERSPORTVERSICHERUNG

Blatt

-

Document-Nr.

Dieses Formular wird automatisch verarbeitet. Bitte nur **1 Buchstaben/Zahl pro Kästchen** eintragen!

### Versicherungsdeckung

Haftpflicht  
  Haftpflicht Plus  
  Haftpflicht Grundkasko  
  Haftpflicht Vollkasko

Policennummer

Selbstbeteiligung €

### Fahrzeugbenutzung

Tourfahren  
  Wettkämpfe  
  Hochseesegeln  
  brandungssegeln

### Schadenvorfall

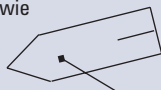
Datum

Ort

Land

kurze Beschreibung

Verdeutlichen Sie bitte den Hergang durch ein einfache Lageskizze, wobei z.B. die Lage der Segel bei Segelschiffen angegeben wird wie



und die Windrichtung wie



### Unfalgegner

Name

Postleitzahl

Hausnummer

Adresse

Ort

Telefonnummer

Ist Betroffene(r) versichert?

ja

nein

Policennummer

Versicherungsgesellschaft

Marke Fahrzeug

Fahrzeugkennzeichen

Typ Fahrzeug

Name Fahrzeug

### Polizei

Wurde die Polizei verständigt?

nein

ja

sofort

erst später

Wurde eine Zeugenaussage protokolliert?

ja

nein

Postleitzahl

Hausnummer

Adresse

Ort

WEITER AUF BLATT 3.

## FORTSETZUNG SCHADENANZEIGE WASSERSPORTVERSICHERUNG

Blatt

 - 

Document-Nr.

Dieses Formular wird automatisch verarbeitet. Bitte nur **1 Buchstaben/Zahl pro Kästchen** eintragen!

### Zeuge

Name											
Postleitzahl					Hausnummer						
Adresse											
Ort											
Telefonnummer											

### Urlaub (nur eintragen sofern es Kosten i. b. a. Ersatzferienunterkunft gibt)

Urlaub mit Fahrzeug

zwischen  und

Datum Wasserfahrzeug bei Mechaniker

Datum Wasserfahrzeug repariert

### Verletzung (nur eintragen bei Krankheit oder körperlicher Verletzung)

#### Kranke oder Verletzte

Name

Postleitzahl

Hausnummer

Adresse

Ort

Telefonnummer

Passagier von

Ihrem Fahrzeug  Fahrzeug Gegenpartei

Art der Verletzung oder Krankheit

versicherung

Krankenkasse  privat

Versicherungsgesellschaft

Privatversicherung deckt

Krankenhaus  Fachärzte  Hausarzt  Apotheke

Selbstbeteiligung €

Schadenanzeige erstattet

ja  nein

### Schäden (spezifizierung beschädigter/verlorengangener Objekte)

Umschreibung	Ankaufspreis	Kaufdatum				Reparaturkosten (in ganzen Euro)
		Tag	Monat	Jahrhundert	Jahr	
1	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Expertise

Datum

Name

Postleitzahl

Hausnummer

Adresse

Ort

Telefonnummer

WEITER AUF BLATT 4.

## FORTSETZUNG SCHADENANZEIGE WASSERSPORTVERSICHERUNG

Blatt

—

Dieses Formular wird automatisch verarbeitet. Bitte nur **1 Buchstaben/Zahl pro Kästchen** eintragen!

Document-Nr.

### Reparatur

Datum

Name

Postleitzahl

Hausnummer

Adresse

Ort

Telefonnummer

Achtung, Ankauf- bzw. Reparaturrechnungen und etwaige polizeiliche Erklärungen bitte einschliessen.

### Erklärung

Der Unterzeichner erklärt:

- vorhergehende Fragen und Aufgaben nach bestem Wissen und Gewissen, richtig und der Wahrheit gemäss beantwortet bzw. erteilt zu haben und alle Besonderheiten in bezug auf diesen Schaden mitgeteilt zu haben;
- dieses Schadenanzeigeformular und die etwaigen noch vorzulegenden Angaben der Versicherungsgesellschaft zur Bestimmung des Schadenumfanges und des Rechts auf Auszahlung zu erteilen;
- den Inhalt dieses Formulars zur Kenntnis genommen zu haben.

Die Personendaten des Versicherungsnehmers in diesem Formular können in einem Zentralen Informationssystem der Versicherer in den Niederlanden gespeichert werden, Eigentum der Stiftung CIS in Zeist ([www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl)). Die Anmeldung der Speicherung von Personendaten erfolgte am 9. August 2002 beim Institut Datenschutz Personendaten. Die Personendaten in diesem Formular und eventuell weiter einzureichende Personendaten können in der von der Unigarant geführten Kundenregistratur gespeichert werden.

Datum

Unterschrift

Schadenanzeigeformular  
senden an:  
Unigarant N.V.  
Antwoordnr 400  
7900 VB Hoogeveen