Haftpflicht-Schadenmeldung des Anspruchstellers für Brillenschäden

HSF-401 12.25

Versicherungsnummer

Schadennummer

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

An die
uniVersa
Allgemeine Versicherung AG
AV-Schaden
90333 Nürnberg

Angaben zum Schadenereignis

Wann hat sich der Schaden ereignet? Uhrzeit:

Wo hat sich der Schaden ereignet?

Anspruchsteller

Zuname Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

ausgeübter Beruf

Versicherungsnehmer

Zuname Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Wer hat den Schaden verursacht?

Zuname Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Besteht zwischen Ihnen und dem Schädiger ein Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? ☐ nein ☐ ja, und zwar:

Zeugen

1. Zeuge

Anschrift

2. Zeuge

Anschrift

uniVersa Allgemeine Versicherung AG
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 584
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Frank Sievert (Sprecher),
Werner Gremmelmaier, Dr. Marco Wimmer

Steuer-Nr. 241/101/00147
Commerzbank AG Nürnberg
IBAN: DE48 7608 0040 0201 6941 00
BIC: DRESDEFF760

Haftpflicht-Schadenmeldung des Anspruchstellers für Brillenschäden

HSF-401 12.25

Versicherungsnummer

Schadennummer

Angaben zum Schadenhergang

Was war der Anlass und wie war der Hergang des Schadenfalls? (Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst ausführlich und umfassend. Die Schilderung, falls erforderlich, auf einem gesonderten Blatt fortsetzen und durch eine Skizze erläutern.)

Wo war die Brille abgelegt?

Wer hat die Brille dort abgelegt?

Welcher Art sind die durch unsere/n Versicherte/n verursachten Beschädigungen an der Brille? (Bitte in der nebenstehenden Skizze einzeichnen).

Seit wann sind Sie Brillenträger?

In welchen Zeitabständen erfolgt/erfolgte eine Anpassung der Gläserstärke?

Wann zuletzt?

Wann wurde die beschädigte Brille gekauft?

Wo wurde die Brille gekauft? Bitte Name und Anschrift des Geschäftes angeben!

Zu welchem Preis?

Besteht anderweitig eine Brillenversicherung? ☐ nein ☐ ja, bei:

Überweisung der Entschädigung an:

Kontoinhaber

Zuname/Firmenname Vorname

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN

D E

Ort Datum ✘ **Unterschrift/en Kontoinhaber** (Vor- u. Zuname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

Ort Datum ✘ Unterschrift Anspruchsteller

Bitte beachten Sie auch unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten:

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Dienstleister- und Empfängerliste und die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zustehenden Rechte informieren. Diese Informationen können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter http://www.universa.de/ds-info abrufen oder in Papierform bei uns anfordern. Bitte informieren Sie auch weitere von der Datenverarbeitung betroffene Personen entsprechend.