

UNFALLFORMULAR WASSERSPORTVERSICHERUNG

Dieses Formular ist direkt nach einem Schaden auszufüllen und unterschrieben an DMW zu übersenden. Vollständige Ausfüllung vermeidet Verzögerung. Erhaltene Schreiben, Rechnungen und andere Dokumente bitte mit- und/oder nachsenden. Für eine schnelle Schadensregulierung sind **UNBEDINGT** der richtige Name des Versicherungsnehmers, die Policennummer und ferner **BEIDE** Unterschriften erforderlich.

Datum + Zeitpunkt der Kollision **Ort** (Gemeinde /Land), inner-/außerhalb des Hafens **Verwundete und/oder Tote**
 Ja Nein

Andere Sachschäden als an Schiff A und B **Zeugen** (Name, Adresse, Tel., unterstreichen, wenn es Schiffsführer A oder B betrifft)
 Ja Nein

Schiff A, Versicherungsnehmer
 Name
 Anfangsbuchstaben.....
 Adresse
 Postleitzahl
 Wohnort.....
 Tel.-Nr. (von 9-17 Uhr)


Ist der Versicherungsnehmer in Bezug auf diesen Schaden vorsteuerabzugsberechtigt?
 Nein Ja

Schiff
 Name
 Marke, Typ
 Heimathafen

Versicherungsgesellschaft
 Name
 Policenr.

Schiffsführer
 Name
 Anfangsbuchstaben
 Geb.datum
 Adresse
 Postleitzahl
 Wohnort.....
 Segelscheinr.

Geben Sie mit einem Pfeil an, wo das Schiff zuerst beschädigt wurde.



Sichtbarer Schaden

Auf welchen Betrag wird der Schaden geschätzt?

Anmerkungen

Unterschrift Schiffsführer A

Hergang
 Versehen Sie jedes der betreffenden Felder mit einem (x), um die Skizze zu verdeutlichen.

A		B
<input type="checkbox"/> 1	Lag im Hafen	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	Fuhr aus dem Hafen	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	Lief in den Hafen ein	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	Verließ Liege-/Ankerplatz	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	Nahm Liegeplatz ein/ging vor Anker	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	Veränderte den Kurs	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	Wendete	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	Halste	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	Fuhr über Backbord	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	Fuhr über Steuerbord	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	Fuhr in Luvstellung	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	Fuhr in Leestellung	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	Lief auf	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	Gegenpartei gewährte keine Vorfahrt	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	Vorfahrt missachtet	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	Fuhr auf Hauptwasser	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	Fuhr auf Nebenwasser	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> 18	Fuhr stromaufwärts	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> 19	Fuhr stromabwärts	<input type="checkbox"/> 19
<input type="checkbox"/> 20	Fahrend unter Segel	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> 21	Fahrend mit Motor	<input type="checkbox"/> 21
<input type="checkbox"/> 22	Am Kai liegend	<input type="checkbox"/> 22
<input type="checkbox"/> 23	Vermietet	<input type="checkbox"/> 23
<input type="checkbox"/> 24	Nahm an einem Wettkampf teil	<input type="checkbox"/> 24

Schiff B, Versicherungsnehmer
 Name
 Anfangsbuchstaben.....
 Adresse
 Postleitzahl
 Wohnort.....
 Tel.-Nr. (von 9-17 Uhr)

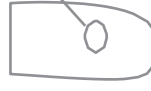
Ist der Versicherungsnehmer in Bezug auf diesen Schaden vorsteuerabzugsberechtigt?
 Nein Ja

Schiff
 Name
 Marke, Typ
 Heimathafen

Versicherungsgesellschaft
 Name
 Policenr.

Schiffsführer
 Name
 Anfangsbuchstaben
 Geb.datum
 Adresse
 Postleitzahl
 Wohnort.....
 Segelscheinr.

Geben Sie mit einem Pfeil an, wo das Schiff zuerst beschädigt wurde.



Sichtbarer Schaden

Auf welchen Betrag wird der Schaden geschätzt?

Anmerkungen

Unterschrift Schiffsführer B

Situationsskizze der Kollision

Nachfolgend können Sie eine Situationsskizze und/oder genaue Beschreibung des Vorfalls geben.

Deutlich angeben

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|---|
| 1. Fahrsituation | 2. Fahrrichtung der Schiffe | 3. Position der Schiffe zum Zeitpunkt der Kollision |
| 4. Verkehrszeichen | 5. Name des Fahrwassers | 6. Windrichtung 7. Windstärke |

> 7 Bft	7 Bft	6 Bft	5 Bft	4 Bft	3 Bft	2 Bft	1 Bft	< 1 Bft	

Ergänzende Daten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Der Unterzeichnete erklärt, dass die oben genannten Besonderheiten nach seinem besten Wissen und Gewissen richtig und wahrheitsgemäß angegeben wurden und wichtige Besonderheiten in Bezug auf den Unfall nicht verschwiegen wurden.

Ort	Datum
Unterschrift	Schadenszahlung bitte überweisen auf IBAN Kontonummer
	auf den Namen von