Golfversicherung

Schadenmeldeformular

Bitte Zutreffendes ankreuzen	
☐ Golfausrüstung & Golfbekleidung	☐ Schlägerbruch / Reparatur
☐ Privathaftpflicht	☐ Schlägerbruch / Ablöse
☐ Hole in One	

Name des Versicherten (Titel, Vorname, Nachname)	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon	E-Mail / Fax
Bankverbindung BIC (BLZ)	Bankverbindung IBAN (Konto-Nr.)
Mitgliedschaft Golfclub	Postleitzahl, Ort des Golfclubs
Schadendatum	Schadenort

Ausdrücklich verweisen wir auf § 6 VersVG, wonach unwahre bzw. unvollständige Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen und damit zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

1. Haben Sie eine zusätzliche Reisegepäckversicherung und/oder Golfversicherung abgeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Unternehmen	Kartennummer
Unternehmen	Kartennummer

2. Besitzen Sie oder Ihr Ehepartner/Lebensgefährte Kreditkarten?

☐ Ja ☐ Nein

Unternehmen	Kartennummer
Unternehmen	Kartennummer

Golfversicherung

3. Schilderung des Schadenherganges:

4. Aufstellung der beschädigten bzw. gestohlenen Gegenstände:

Genaue Bezeichnung (Marke)	Kaufdatum	Anschaffungspreis

5. Für eine rasche Schadenabwicklung legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:
   - **Anschaffungsrechnung** des beschädigten oder gestohlenen Gepäckstückes im Original
   - Bei Schlägerbruch: Foto des kaputten Schlägers und Bestätigung des Golfclubs
   - **Reparaturrechnung**, Kostenvoranschlag oder Bestätigung des Fachhandels (Zustandbeschreibung, Zeitwert) – jeweils im Original
   - bei Schäden während eines Fluges: **Damage Report** (= Irregulary Report), **Boarding Abschnitt, Gepäckaufgabeschein, Baggage Tag** (Gepäcksanhänger der Fluglinie)
   - **behördliche Anzeigenbestätigung** (bei Diebstahl oder Raub)
   - **Bestätigung des Hotels** bei Beschädigungen im Hotel

Ich erkläre, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben, und nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben zum Verlust eines etwaigen Ersatzanspruches führen.

Ich trete Schadenersatzforderungen gegen Dritte bis zur Höhe der geleisteten Entschädigung an den Versicherer ab.

..... , ...

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person
(handschriftlich)