

HAFTPFLICHT - SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer	Versicherer	Vermittler
Name 1		Versicherungsmakler
Name 2		Johann Franta
Straße		Gösting 136
Ort		2225 Zistersdorf
Telefon		02532 27 67
Fax		02532 27 674
Schadensnummer:		Pol.Nummer:

Angaben zum Ereignis	
Schadenort PLZ, Ort, Straße	
Schadentag	Uhrzeit
Was ist passiert (Schilderung und Skizze)	
Wen trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden?	
Wurden Forderungen an Sie gestellt? Wenn ja, welche?	
Halten Sie diese Forderung für berechtigt?	
Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – durch:	Aktenzahl
Zeugen des Vorfalls	
Name	Telefon (tagsüber)
Anschrift PLZ, Ort, Straße	eMail
Name VN	POLIZZENNUMMER

Ansprechsteller					
Name		Geburtsdatum	Beruf / Branche		
Anschrift: PLZ Ort		Straße			
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail			
Was wurde beschädigt?					
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen					
zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - gepachtet, gemietet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
in Gewahrsam?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - geleast, entliehen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich:			
Name		Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße	
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail	
Art der Verletzung			

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welchem Grad?		
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Gesellschafters? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Sonstige Informationen (weitere Beteiligte, Zeugen, usw.)

Ich/Wir ermächtige/n die Versicherungsgesellschaft Informationen bei allen diesen Schadenfall betreffenden Firmen und Behörden einzuholen.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers