



Polizzenummer/
Schadennummer Polizzenummer (unbedingt angeben) Schadennummer (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer(in)
 Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür E-Mail

Allgemeine Fragen

Hat sich das Schadenereignis an oben
 angeführter Anschrift ereignet? ja
 nein →
 Wo? (Anschrift)

Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann
 ist der Schaden entstanden? Bitte auch die
 vermutliche Schadenhöhe angeben. Schadendatum: vermutliche
 Schadenhöhe: EUR
 Schadenuhrzeit:

Bei Personenschaden:
 Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten
 Person

Art der Verletzung

Bei Sachschaden:
 Name, Anschrift und Tel.-Nr. der geschädigten Person

| Beschädigte Sachen, Tiere | <input type="text"/> | Alter | seinerzeitiger Anschaffungspreis EUR: |
|---------------------------|----------------------|----------------------|--|
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Detaillierte Schilderung der Schadenursache bzw. des
 Schadenherganges

Wo ist die Besichtigung der beschädigten
 Sachen derzeit möglich?

War die beschädigte Sache übernommen zur

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bearbeitung | <input type="checkbox"/> Reparatur | <input type="checkbox"/> mietweisen Benützung |
| <input type="checkbox"/> Beförderung | <input type="checkbox"/> Verwahrung | |
| <input type="checkbox"/> einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit? | | <input type="text"/> |

In welchem Verhältnis standen die Geschädigten zu
 Ihnen bzw. zum Verursacher? Lohn- oder Dienstverhältnis Familien- oder Hausgemeinschaft

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw.
 mit dem Versursacher verwandt oder
 verschwägert? ja → Ehegatte Eltern Schwiegereltern Großeltern
 nein Kinder Schwiegerkinder Enkel Geschwister
 Adoptiv- Pflege- Stiefkinder Eheg. d.
 deren Kinder Geschw. d. Eheg. Lebensgefährte

| | | |
|---|--|--|
| Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="text"/> | |
| Ist dieser einer Ihrer Dienstnehmer? Ist dieser einer Ihrer Familienangehörigen? | Name, Anschrift, Tel.-Nr., Geb.Dat. | |
| Worin liegt das Verschulden? | <input type="text"/> | |
| Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden? | Grund | |
| Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden? | <input type="text"/> | |
| Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können? | Warum? | |
| Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden? | Wie? | |
| Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden? | In welcher Höhe? (EUR) | |
| Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden? | Warum nicht? | |
| Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert? | bei <input type="text"/> Pol.Nr. <input type="text"/> | |
| Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft) | bei <input type="text"/> | |
| Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen? | <input type="text"/> | |
| Ist ein behördliches Verfahren anhängig? | gegen wen? <input type="text"/> | |
| Zeugen des Schadenereignisses? | Behörde, Gericht (Gesch. Zahl) <input type="text"/> | |
| Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen? | Name, Anschrift, Tel.-Nr. <input type="text"/> | |
| an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (wie oben) <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) <input type="checkbox"/> an Geschädigten | | |
| oder an <input type="checkbox"/> | Name, Anschrift <input type="text"/> | |
| über <input type="checkbox"/> | IBAN des Zahlungsempfängers <input type="text"/> bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) <input type="text"/> BIC <input type="text"/> | |
| | <input type="checkbox"/> per Postanweisung | |

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer bzw. Herrn/Frau im Auftrag des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen.
Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer