

Polizzenummer/
 Schadenummer

 Polizzenummer (unbedingt angeben)

 Schadenummer (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

 Bearbeitung Reparatur mietweisen Benützung
 Beförderung Verwahrung
 einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit?

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 Verursacher verwandt oder
 verschwägert?

 ja →
 nein

<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Schwiegereltern	<input type="checkbox"/> Großeltern
<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Schwiegerkinder	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Geschwister
<input type="checkbox"/> Adoptiv-	<input type="checkbox"/> Pflege-	<input type="checkbox"/> Stiefkinder	<input type="checkbox"/> Eheg. d. Geschw.
<input type="checkbox"/> deren Kinder	<input type="checkbox"/> Geschw. d. Eheg.	<input type="checkbox"/> Lebensgefährte	

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

Ich (wir) ermächtige(n) Herrn/Frau im Auftrage 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 wahrheitsgemäß beantwortet habe(n).

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift: Versicherungsnehmer(in)