

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	Alter	seinerzeitiger Anschaffungspreis EUR:
<input type="text"/>	<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 Versursacher 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- deren Kinder	<input type="checkbox"/> Pflege- Geschw. d. Eheg.	<input type="checkbox"/> Stiefkinder	<input type="checkbox"/> Eheg. d. Geschw.
	<input type="checkbox"/> 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).

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