



Polizzenummer/
Schadennummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polizzenummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer(in)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname		Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	E-Mail

Allgemeine Fragen

Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	<input type="text"/>
Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann ist der Schaden entstanden? Bitte auch die vermutliche Schadenhöhe angeben.	Schadendatum: <input type="text"/>	vermutliche Schadenhöhe: <input type="text"/> EUR
	Schadenuhrzeit: <input type="text"/>	
Bei Personenschaden: Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten Person	<input type="text"/>	
Art der Verletzung	<input type="text"/>	
Bei Sachschaden: Name, Anschrift und Tel.-Nr. der geschädigten Person	<input type="text"/>	
Beschädigte Sachen, Tiere	<input type="text"/>	Alter <input type="text"/> seinerzeitiger Anschaffungspreis EUR: <input type="text"/>
Detaillierte Schilderung der Schadenursache bzw. des Schadenherganges	<input type="text"/>	
Wo ist die Besichtigung der beschädigten Sachen derzeit möglich?	<input type="text"/>	
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?	<input type="checkbox"/> Lohn- oder <input type="checkbox"/> Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> Familien- oder <input type="checkbox"/> Hausgemeinschaft	
Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Versursacher verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> 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="text"/>	
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		
Worin liegt das Verschulden?	<input type="text"/>	
	Grund	
Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
	Warum?	
Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
	Wie?	
Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
	In welcher Höhe? (EUR)	
Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	<input type="text"/>	
	Warum nicht?	
Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	<input type="text"/>	
	Warum nicht?	
Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	bei	Pol.Nr.
Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft) <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
	bei	
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ist ein behördliches Verfahren anhängig? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
	gegen wen?	
	Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)	
Zeugen des Schadenereignisses?	<input type="text"/>	
	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"/> <input type="text"/> Name, Anschrift	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) BIC <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