

Schaden-Nummer \_\_\_\_\_ Polizzen-Nummer: \_\_\_\_\_

**VERSICHERUNGSNEHMER:**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Geschädigter	Name		_____	
	Adresse		_____	
	Geb.Datum bzw. Alter		_____	
Familienstand (zutreffendes bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet		
Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer:	War der Geschädigte	ständig bei Ihnen bedienstet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		fallweise für Sie tätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Ihr Auftraggeber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwandschaft	Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie mit dem Geschädigten verschwägert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verwandtschaftsgrad:			
Gesellschaftsverhältnis zum Vers.nehmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
sonstige Versicherungen	Besteht eine andere Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Besteht eine andere Haushaltsversicherung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja: wo – Anstalt, Polizzennummer:			
Schadenereignis:	Schadentag	Uhrzeit	Schadenort	
	_____			
	durfte der Geschädigte am Schadenort verkehren?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behörde:	Welche Behörde wurde vom Vorfall verständigt?			
	<input type="checkbox"/> Polizei	<input type="checkbox"/> Unfallkommando	<input type="checkbox"/> Gendarmerie in: _____	

Schadensschilderung mit Skizze

Schadenverursacher      Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Straße, Gasse, Platz, Nummer, Tür, PLZ, Ort Telefon

\_\_\_\_\_  
 Von wem wurde der Schaden verursacht?  
     vom Versicherungsnehmer selbst  
     von einem seiner Bediensteten  
     von einem seiner Familienangehörigen  
     von einem seiner Tiere  
 Zu welchem Zweck war der Schadenverursacher am Schadenort tätig?

\_\_\_\_\_  
 Ist der Schadenverursacher privat und im Beruf stets als tüchtig und verlässlich zu bezeichnen?      ja      nein  
 Hat das Tier schon einmal einen Schaden verursacht?      ja      nein  
 Wenn ja, welchen?

\_\_\_\_\_  
 Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können?      ja      nein  
 Wie?

Sachschaden      Eigentümer der beschädigten Sachen Telefon

\_\_\_\_\_  
 Adresse

\_\_\_\_\_  
 Beschädigte Sachen und Art der Beschädigung

Wie hoch sind die Reparaturkosten      EUR: \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie beschädigten Sachen zur Bearbeitung, Reparatur, Verwahrung, Benützung oder Beförderung übernommen?      ja      nein

Verletzte Person	Name	Alter	Beruf
	_____ Adresse		
	_____ Art der Verletzung?		
	Sind die Verletzten Mitglieder einer Krankenkasse	ja	nein
Bestehen für die Verletzten eine private Kranken- oder Unfallversicherung?	ja	nein	
Schutzvorrichtungen und Maßregeln	Waren zum Schadenzeitpunkt die in Ihrem Betrieb vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen in Ordnung und wurden alle Schutzmaßregeln beachtet?		ja    nein
	Woran hat es gefehlt?		
Schadenersatzansprüche	Wer hat an Sie Schadenersatzansprüche gestellt?		
	Wie hoch sind diese Forderungen?		EUR: _____
	Stellen Sie selbst Schadenersatzforderungen an den Geschädigten?		
	ja	nein	In welcher Höhe? EUR: _____

Die oben angeführten Fragen habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich/Wir stelle(n) es der Versicherungsgesellschaft frei, in meinem/unseren Namen Auskünfte aller Art bei Personen oder Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gerichte usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich/uns Bezug habenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen, ohne eine besondere weitere Verständigung an mich/uns über die Ersatzansprüche mit der Gegenseite in meinem/unseren Namen zu verhandeln und zu vergleichen. Meinen/Unseren vertrags- und gesetzmäßigen Anteil werde(n) ich/wir binnen 8 Tagen nach Verständigung an die mir/uns noch zu bezeichnende Stelle zahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherungsnehmer(in)s