

# SCHADENMELDUNG HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Polizzenummer	<input type="text"/>
Schadenummer	<input type="text"/>

<b>Versicherungsnehmer</b>	
Familienname, Vorname, Titel bzw. Firma	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
<b>Versicherte (unfallbetroffene) Person</b>	
Familienname, Vorname, Titel bzw. Firma	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Beruf zum Unfallzeitpunkt	<input type="text"/>
Nebenberuf oder entgeltliche zusätzliche Tätigkeiten (z.B. Landwirt, Schi-, Tennislehrer, etc)	<input type="text"/>
<b>Allgemeine Fragen</b>	
Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet?	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein, sondern an folgender Anschrift: <input type="text"/>
Schadendatum	<input type="text"/>
Schadenuhrzeit	<input type="text"/>
Vermutliche Schadenhöhe in EUR	<input type="text"/>

Verletzte Person	
Familienname, Vorname, Titel	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<input type="text"/>
Beschädigte Sachen/Tiere	<input type="text"/>
Alter	<input type="text"/>
Seinerzeitiger Anschaffungspreis in 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"/> Lohnverhältnis <input type="checkbox"/> Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> Familienverhältnis <input type="checkbox"/> Hausgemeinschaft
Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Verursacher verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, kreuzen Sie bitte an:	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin <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"/> Adoptivkinder <input type="checkbox"/> Pflegekinder <input type="checkbox"/> Stiefkinder <input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin der Geschwister <input type="checkbox"/> Kinder d. Eheg. der Geschwister <input type="checkbox"/> Geschwister d. Eheg. <input type="checkbox"/> Lebensgefährte

Wer hat den Schaden verursacht?	
Familienname, Vorname, Titel	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<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
Grund des Versehens/des Verschuldens	
Trifft Sie auch ein Versehen/Verschulden?	<input type="text"/>
Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> Ja, indem <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Warum nicht? <input type="text"/>
Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Warum nicht? <input type="text"/>
Sind Sie für den Versicherungsfall rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> Ja, bei <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft)	<input type="checkbox"/> Ja, bei <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Von welcher Polizeistelle wurde der Vorfall aufgenommen?	<input type="text"/>
Ist ein behördliches Verfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> Ja Behörde, Gericht (Gesch.Zahl) <input type="text"/> Gegen wen? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein

Zeugen des Schadenereignisses	
Familienname, Vorname, Titel bzw. Firma	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nr.	<input type="text"/>
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	<p>An:</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer  <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung)  <input type="checkbox"/> Geschädigten</p> <p>oder an:</p> <input type="text"/> Name, Anschrift <p>Über:</p> <input type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers <input type="text"/> Kreditunternehmung <input type="text"/> BIC <p><input type="checkbox"/> per Postanweisung</p>
<p><i>Ich (wir) ermächtige(n) die Kainz Riskmanagement GmbH 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.</i></p> <p><i>Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).</i></p>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer(in)