



Kompetent.
Kundenorientiert.
Unabhängig.

Günther Schörghofer

unabhängiger Versicherungsmakler

Kuffergasse 5/21 Eingang Salzgasse 8
5400 Hallein

Telefon 06245 82099 Fax 06245 82106

Mobil 0650 8700720 E-Mail office@gsvm.at

Schadenmeldung zur Zivilhaftpflichtversicherung

an die – Versicherung Polizzennummer :

Versicherungsnehmer:

Name:		Geburtsdatum :
Adresse:		Beruf/Firmenart
Tel:		
Fax:		
Email:		

Schadenstag:	Uhrzeit:
Schadensort:	Beh. Aufnahme:

Daten des Geschädigten: (Name, Adresse, Telefonnummer, Geb.Datum)

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Ihrer Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schadenshergang:

Beschädigte Sachen:

Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen zur Benützung, Beförderung Bearbeitung oder Verwahrung übernommen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In Gewahrsam ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja von wem:	
In welcher Höhe	
Halten Sie diese Forderungen berechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zeugen:

Trifft Sie (einen Ihrer Angestellten oder Arbeiter) ein Versehen oder Verschulden an dem Vorfall ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Verletzte Personen: (Name, Adresse, Telefonnummer, Geb.Datum)
--

Vermögensschaden:

Ich ermächtige die Versicherung bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Wir ersuchen die Erledigung wie folgt vorzunehmen:	Bankleitzahl : Bank : Konto :
--	-------------------------------------

Ort und Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer oder bevollmächtigter Makler
---------------	---