

SCHADENANZEIGE



Die Niederösterreichische
Versicherung

HAFTPFLICHT

erstellt durch

POLIZZENNUMMER	SCHADENNUMMER

Versicherungsnehmer		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort	Straße	
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail

Angaben zum Ereignis

Schadenort PLZ, Ort, Straße

Schadentag	Uhrzeit
------------	---------

Was ist passiert (Schilderung und Skizze)

Wen trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden?
--

Wurden Forderungen an Sie gestellt? Wenn ja, welche?
--

Halten Sie diese Forderung für berechtigt?
--

Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – durch:	Aktenzahl
---	-----------

Zeugen des Vorfalls

Name	Telefon (tagsüber)
------	--------------------

Anschrift PLZ, Ort, Straße	eMail
----------------------------	-------

Name VN	POLIZZENUMMER	
Anspruchsteller		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ	Ort	Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail
Was wurde beschädigt?		
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen		
– zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	– gepachtet, gemietet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – geleast, entliehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich:		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ	Ort	Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail
Art der Verletzung		
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welchem Grad?		
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Gesellschafters?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Informationen (weitere Beteiligte, Zeugen, usw.)		

Ich/Wir ermächtige/n die Niederösterreichische Versicherung AG, Informationen bei allen diesen Schadenfall betreffenden Firmen und Behörden einzuholen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers