

SCHADENANZEIGE

zur Haftpflicht-Versicherung

Schaden-Nr. _____

PREMIA**PREMIA** Insurance Consulting
Martin Neururer-SachserBahnhof Umgebung 17a
6170 Zirl / ÖsterreichTel: +43 660 3028076
Mail: office@premia.at

Versicherungsnehmer: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.): _____

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Polizzen-Nr.:	Schadentag:	Uhrzeit:	festgestellt am:	geschätzte Schadenhöhe in €
---------------	-------------	----------	------------------	-----------------------------

Schadenort:

1. Verursacher (bitte rechts angeben!)	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> ehren-/neben- amtlicher Helfer Name: _____ <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung Geb.-Datum: _____ <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> unbekannt
2. Besteht persönlich seitens des o. g. Verursachers (z. B. über die Eltern) eine separate Privat-Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> ja = Anschrift: _____ Polizzen-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> nein
3. War der o. g. Verursacher zum Schadenzeitpunkt deliktsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein

4. Schadenschilderung

Geben Sie bitte eine ausführliche zusammenhängende Schilderung des Vorganges (ggf. weiteres Blatt benutzen):

5. Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> nein
6. Hat der Verursacher einen vermeidbaren Fehler begangen?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein _____
7. Hätte der Verursacher den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein _____
8. Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein, weil _____
9. Wer war Aufsichtsführender?	Name: _____ Beruf: _____
10. Welche Person trifft ein Mitverschulden?	<input type="checkbox"/> Geschädigten <input type="checkbox"/> Sonstige _____

<p>11. Geschädigter</p> <p><input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> neben-/ehrenamtlicher Helfer</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung <input type="checkbox"/> Betreuer</p> <p><input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Sonstige</p>	<p>Beruf: _____</p> <p>Name und Anschrift: _____</p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja = _____ <input type="checkbox"/> nein</p>
Sachschäden	
<p>12. Welche Sachen wurden beschädigt?</p> <p>13. Wann wurden die Sachen angeschafft und zu welchem Preis?</p> <p>14. Kann darüber ggf. ein Nachweis erbracht werden?</p> <p>15. Haben Sie die Sachen besichtigt?</p> <p>16. Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten</p>	<p>Beschädigt wurden: _____</p> <p>_____</p> <p>Geschätzte Reparaturkosten: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Totalschaden (Nachweis von Fachfirma ggf. beifügen)</p> <p>Damaliger Preis: _____ Kaufdatum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen) <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>a) <input type="checkbox"/> gemietet? b) <input type="checkbox"/> geliehen? c) <input type="checkbox"/> gepachtet?</p> <p>d) <input type="checkbox"/> zur Verwahrung? e) <input type="checkbox"/> zur Bearbeitung?</p>
Körperschäden	
<p>17. Welche Verletzungen liegen vor?</p> <p>18. Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen?</p> <p>19. a) Alter der verletzten Person b) Familienstand c) Beruf</p> <p>20. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?</p> <p>21. Liegt ein Betriebsunfall vor?</p> <p>22. Welchem Sozialträger wurde der Unfall gemeldet?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, weil _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p>
<p>23. Zahlungsempfänger: (bitte vollständige Anschrift)</p> <p>24. Bankverbindung (bitte stets angeben):</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p> <p>Geldinstitut: _____</p> <p>Kontoinhaber: _____</p>

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.
Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.
 Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

(Ort/Datum)

(Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)