

Versicherungsmakler Weinhappl

Gerichtsberggasse 295

2013 Göllersdorf

Tel: 0664/193 83 87

Fax: 02954/304 49

E-Mail: office-weinhappl@aon.at**SCHADENMELDUNG - SACHVERSICHERUNG**

<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Elektrogeräte
<input type="checkbox"/> Glasbruch	<input type="checkbox"/> Leitungswasser	<input type="checkbox"/> Naturereignisse
<input type="checkbox"/> Sturm	<input type="checkbox"/> Einbruch/Diebstahl	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Versicherungsgesellschaft	Polizzen-Nummer

Name des Versicherungsnehmers	
Anschrift	
Telefon (tagsüber)	
E-Mail	

SCHADENEREIGNIS

Schadendatum, -uhrzeit	
Schadenort	
Schilderung des Schadenherganges (möglichst genaue Beschreibung der Ursache, des Herganges und der beschädigten Gegenstände)	
voraussichtliche Schadenhöhe	€
Wer verschuldete den Schaden (Name, Anschrift)	
Wurden von anderer Seite Ersatzansprüche gestellt (Name, Anschrift)	
Eigentümer der betroffenen Gegenstände (Name, Anschrift)	
Sind die betroffenen Sachen noch anderweitig versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, Versicherungsanstalt Polizzennummer	
Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)	

EINBRUCH- UND DIEBSTAHLSCHÄDEN

Waren die betroffenen Räume und Behältnisse verschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bestätigung durch die Sicherheitsbehörde:	Die Anzeige erfolgte am Eingabe-Zahl Nr. Stampiglie Unterschrift
---	---

HAFTPFLICHTSCHÄDEN:

SACHSCHÄDEN:	
beschädigte Sachen	
War Ihnen die beschädigte Sache anvertraut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
oder hatten Sie an dieser zu arbeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PERSONENSCHÄDEN:	
verletzte Person(en) (Name, Anschrift):	
Art der Verletzungen	
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ENTSCHÄDIGUNGSZAHLUNG

an	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Geschädigten	<input type="checkbox"/> Reparaturwerkstätte
	BLZ	Kto.Nr.	
	Bank	Kto.Inhaber	
Wohnadresse (bei Postanweisung)			
Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

SONSTIGES

Evtl. Ergänzungen	
-------------------	--

Die Fragen der Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich bevollmächtige oben angeführten Versicherer sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende(n) Akte(n) Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer