



Von Versicherungen  
unabhängiger Makler  
und Berater  
Langstrasse 7  
A-8430 Leibnitz/Kaindorf  
Telefon 03452/83551  
Telefax DW - 10  
E-Mail: [schaden@klemencic.at](mailto:schaden@klemencic.at)

Beratung  
Prämien- und  
Leistungsvergleich  
Abschlüsse und  
Kundendienst für  
alle Versicherungs-  
gesellschaften.

**Versicherungsgesellschaft:** \_\_\_\_\_

## Haftpflichtversicherung - Schadenmeldung

Versicherungsnehmer:	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.	

Vertragsdaten			
Polizzenummer:		Uhrzeit:	
Schadentag:		Beh. Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadensort:		Aktenzahl:	

Gegner/Geschädigter	
Name:	
Adresse:	
Tel. Nr.	

Schadenshergang	

Schadensumfang	
Personenschaden	
Beschädigte Sachen	

Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Trifft Sie (einen Ihrer Angestellten oder Arbeiter) ein Versehen oder Verschulden an dem Vorfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
In welcher Höhe:	€
Halten Sie diese Forderungen berechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verwandtschaftsgrad?	
Lebt er/sie mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Ihrer Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erläuterung:	
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Verursacher:	
Zeugen:	

Mitversicherung:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pol. Nr.:

Überweisung an: :	
Kontonummer	
BLZ:	
Bank:	

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.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------