

## Haftpflicht - SCHADENBERICHT

|  |        |                             |                               |
|--|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| Versicherungsunternehmen:  |        |                             |                               |
| Polizzen-Nummer(n):  |        | Schaden-Nummer(n):          |                               |
| Versicherungsnehmer:   |        |                             |                               |
| Vor- und Zuname:   |        | Telefon-Nr.:                |                               |
| Straße, Hausnummer:  |        | PLZ:                        | Ort:                          |
| Name des Geldinstitutes:   | BIC:   | IBAN (LKZ/BLZ/Kontonummer): |                               |
| -----/-----/-----<br>Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte. |        |                             |                               |
| Ich bin/Wir sind noch haftpflichtversichert bei:                       |        | Polizzen-Nummer(n):         |                               |
| Ich bin/Wir sind noch rechtenschutzversichert bei:                     |        | Polizzen-Nummer(n):         |                               |
| Wann hat sich der Schadenfall ereignet?                                | Datum: | Uhrzeit:                    |                               |
| Schadenort:  |        |                             |                               |
| Welche Polizeidienststelle nahm ein Protokoll auf?                     |        | Geschäftszahl:              |                               |
| Zeugen (Name, Adresse, Telefon-Nr.):                                   |        |                             |                               |
| Schilderung des Schadenherganges (Schadenursache):                     |        |                             |                               |
| <input type="checkbox"/> <b>Strafverfahren</b>                         |        |                             |                               |
| Wurde ein (Straf-) Verfahren eingeleitet?                              |        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|  |        | Wenn ja, gegen wen?         |                               |
| Von welcher Behörde (Gericht)?   |        | Geschäftszahl:              |                               |

|  |         |          |   |            |   |   |
|--|---------|----------|---|------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Bei Sachbeschädigungen</b>   |         |          |   |            |   |   |
| Was wurde beschädigt (Art der Beschädigung) oder geriet in Verlust?  |         |          |   |            |   |   |
| Wann und wo und um welchen Betrag wurde(n) die <b>nun beschädigte(n) verlorene(n) Sache(n)</b> gekauft?  |         |          |   |            |   |   |
| Eigentümer der beschädigten/verlorenen Sache(n)<br>Familien- und Vorname:<br>Adresse, Tel.-Nr., E-Mail:<br>Konto-Nr. und Bankleitzahl:   |         |          |   |            |   |   |
| Hat sich die beschädigte Sache in Leihe, Miete, Leasing, Pacht oder Verwahrung des Versicherungsnehmers, seiner Angestellten, Arbeiter, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten befunden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |          |   |            |   |   |
| Erfolgte die Beschädigung (Vernichtung) aus Anlass der Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder einer sonstigen Tätigkeit an oder mit der betreffenden Sache? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |         |          |   |            |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bei Schäden durch Wasser</b>   |         |          |   |            |   |   |
| Name, Adresse, Tel.-Nr. der Hausverwaltung:  |         |          |   |            |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bei Körperverletzung und Tötung von Personen</b>   |         |          |   |            |   |   |
| Vor- und Zuname  | Adresse | Beruf    | Alter   | Fam.-Stand | Art der Verletzung  | Bei Tod unterhaltsberechtigter Hinterbliebene |
| <input type="checkbox"/> <b>Wenn der Schaden durch ein Tier verursacht wurde</b>   |         |          |   |            |   |   |
| Wie lange besitzen Sie es?   |         |          | Hat es bereits Schäden verursacht?                          |            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   |
| Ist es böartig, scheu oder sonst gefährlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |         |          | Nur bei Vorfällen durch Hunde:<br>Trug der Hund eine Leine? |            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   |
| War es ordnungsgemäß verwahrt bzw. beaufsichtigt?  |         |          | Trug der Hund einen Beißkorb?                               |            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   |
| Wer (Name und Adresse) beaufsichtigte das Tier zum Zeitpunkt des Vorfalles?  |         |          |   | E-Mail:    |   |   |
| In welchem Verhältnis steht der/die Geschädigte zu Ihnen (Gesellschafter, Teilhaber, Mitbesitzer, Lebensgefährte, Arbeitnehmer etc.)?  |         |          |   |            |   |   |
| Ist er/sie Angehörige(r)?  |         |          | □ ja - Verwandtschaftsgrad:                                 |            | □ nein  |   |
| Ist der Schadenfall durch eine Unvorsichtigkeit des/der Geschädigten entstanden oder mitverursacht worden?   |         |          |   |            |   |   |
| Hätte er/sie den Schadenfall vermeiden können?   |         |          | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |            | Wenn ja, wodurch:   |   |
| War er/sie berechtigt, am Unfallort zu verkehren?  |         |          | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |            |   |   |
| Trifft Sie selbst an der Entstehung des Schadenfalles ein Verschulden?   |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Trifft eine andere Person (z.B. Arbeitnehmer, Kind etc.) ein Verschulden?  |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Name:  |         | Adresse: |   |            | Alter:  |   |
| In welchem Verhältnis steht diese Person zu Ihnen?   |         |          |   |            |   |   |
| Wenn sie bei Ihnen beschäftigt ist, seit wann steht sie in Ihren Diensten und in welcher Eigenschaft ist sie beschäftigt?  |         |          |   |            |   |   |
| Ist sie im Allgemeinen und besonders bezüglich ihrer beruflichen Tätigkeiten als tüchtig und verlässlich zu bezeichnen?  |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Haben Sie die vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen eingehalten?  |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Sind seitens des/der Geschädigten Ansprüche gestellt worden?   |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Wann und in welcher Höhe?  |         |          |   |            |   |   |
| Halten Sie sich zum Schadenersatz verpflichtet?  |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |
| Ich bin mit der Befriedigung der Ansprüche des/der Geschädigten einverstanden.   |         |          |   |            | □ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |   |

Ich (Wir) ermächtige(n) die oben genannte Versicherung, sowie die **Consulting Company Versicherungsmakler GmbH., Petzoldstr. 1, 4600 Wels**, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten insbesondere Strafakte zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des  
Versicherungsnehmers