

Schadenformular Haftpflicht



Schadenanzeige - Haftpflicht

Polizzen-Nr.
Versicherungsanstalt

Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname/Firma		
Anschrift		
Telefon	Fax	E-Mail
Berechtigung zum Vorsteuerabzug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise %		

Angaben zum Ereignis

Datum	Uhrzeit	Ort
Ausführliche Schilderung des Schadenhergangs (Entstehungsursache, Schadenstelle, Ausbreitung, Rettungsmaßnahmen, etc.)		
Aufnahme des Schadens durch die Polizei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
durch	Aktenzahl	Datum

IMMER GUT BERATEN

Körperverletzung und/oder Tötung von Personen

Vor- und Zuname der verletzten Person	Telefon
Anschrift	
Art der Verletzung	
Vor- und Zuname der verletzten Person	Telefon
Anschrift	

Vom Schaden betroffene Sachen

Beschädigte/entwendete Sachen		
Voraussichtliche Höhe des Schadens		
Besichtigung möglich? (wann, wo)		
Vor- und Zuname des Eigentümers der beschädigten Sachen		
Anschrift		
Telefon	Fax	E-Mail
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, welches		
Bestehen für o. a. Gegenstände noch weitere Versicherungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gesellschaft		
Polizzen-Nr.		

Anspruchsteller

Vor- und Nachname/Firma		
Anschrift		
Telefon	Fax	E-Mail

Zahlung der Entschädigung

Entschädigung an	<input type="checkbox"/> Direktanweisung	<input type="checkbox"/> Reparaturfirma
IBAN		
BIC		
Kontoinhaber		

VOLLMACHT: Ich (Wir) ermächtige(n) die betreffende Versicherungsgesellschaft bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Schadenfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

Nähere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter: www.imak.at/datenschutzerklaerung

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------