



<b>SCHADENANZEIGE</b>	An die	ERHART OG
	Versicherung Schadensabteilung	Versicherungsmaklerbüro Hauptplatz 1 2440 Moosbrunn Tel.: 0699 148 28 169 Fax: 02234 74950 E-Mail: <a href="mailto:vte@vte.at">vte@vte.at</a> Web: <a href="http://www.vte.at">www.vte.at</a>
<b>HAFTPFLICHT</b>		

<b>Polizzenummer</b>
----------------------

<b>Versicherungsnehmer</b>	
Name	Telefon
Anschrift	
Beruf / Gewerbe	

<b>Angaben zum Ereignis</b>		
Schadensort	Schadentag	Uhrzeit
Was ist passiert? (Schilderung und Skizze)		
Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch		Aktenzahl
Wen trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden?		

<b>Zeugen des Vorfalles</b>	
Name	Telefon
Anschrift	

<b>Anspruchsteller</b>	
Name	Telefon
Anschrift	
Was wurde beschädigt?	
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen	
- zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- in Gewahrsam?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- gepachtet, gemietet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- geleast, entliehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Wurde jemand verletzt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich	
Name	Telefon
Anschrift	
Art der Verletzung	

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welchem Grad?
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Gesellschafters?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Sonstige Informationen ( Weitere Beteiligte, Zeugen, usw.)</b>

Ich / Wir ermächtige / n die oben genannte Versicherungsgesellschaft in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten und Unterlagen bei Behörden (Polizei, Gericht, Krankenhäuser, udgl.) Einsicht zu nehmen.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-------	---------------------------------------