



Pyhrnstrasse 16, A-4553 Schlierbach  
 Tel. Nr.: 07582/61761-380, Fax Nr.: 07582/61761-399  
 E-Mail: [office@tvm.at](mailto:office@tvm.at)  
[www.tvm.at](http://www.tvm.at)

## HAFTPFLICHT - SCHADENSMELDUNG

	Versicherungsnehmer	Versicherer	Vermittler
Name 1			
Name 2			
Straße			
Ort			
Telefon			
Fax			
<b>Schaden- Nr:</b>			<b>Pol. Nummer:</b>
<b>Versicherungsnehmer</b>		<b>Mitversicherte Person (Name und Anschrift)</b>	
Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf
Telefon (8-6Uhr)			
Art der Haftpflichtversicherung:			
Datum des Schadensfalles:		Aufnehmende Polizeidienststelle	
Unfallort			
Zeugen:			
Wurden Personen Verletzt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vermögensschaden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bericht über den Schadensfall (ev. Skizze im Feld Bemerkungen)			

Gegen wen bzw. von wem wird der Anspruch erhoben:

**Einschaltung des Rechtsanwaltes:**

Wurde zur Vermeidung drohenden Rechtsverlustes bzw. wegen Gefahr im Verzug bereits ein Rechtsanwalt beauftragt:       nein                       ja

**Gewünschter Rechtsanwalt:**

**Strafverfahren:**

Wurde im Zusammenhang mit dem Schadensfall ein Strafverfahren eingeleitet:   ja                               nein

**Welche Gendarmerie bzw. Polizeidienststelle oder Behörde ist mit dem Fall befasst:**

**Bemerkungen:**

Vollmacht zu Vorfall vom \_\_\_\_\_. Ich ersuche Sie höflich der \_\_\_\_\_ Versicherung zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Versicherung ermächtige, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Vorfall betreffend zu beschaffen.

Ort, Datum

Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten

# **SCHADENERLEDIGUNG**

Zurück an:

Vermittler:

**Wir bitten Sie, dieses Formblatt nach Anlage des Schadenaktes ausgefüllt an obige Adresse zu retournieren, damit wir diese notwendigen Daten in der EDV verarbeiten können.**

Versicherer:

Versicherungsnehmer:

Sparte:

Schadendatum:

Schadenart:

Polizzenummer:

***Bitte vom Versicherer ausfüllen!***

<b>SachbearbeiterIn:</b>	
<b>Schadennummer:</b>	
<b>Entschädigungssumme:</b>	
<b>Datum der Entschädigung:</b>	
<b>Entschädigung an:</b>	