



# ALLGEMEINE SCHADENMELDUNG

W. Grabner GmbH, Kärntnerstraße 251, 8054 Graz, Telefon: 0316/72 01 76, FAX: 0316/72 01 76-4, Website: www.gvg.co.at, E-Mail: sekretariat@gvg.co.at, DVR: 4019277, GISA-Zahl: 19128672

Polizzenummer/  
Schadennummer

Polizzenummer (unbedingt angeben)      Schadennummer (wenn bekannt)

Versicherungsnehmer(in)

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname      Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

Postleitzahl      Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür      E-Mail

## Allgemeine Fragen

Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet?  ja  nein →   
Wo? (Anschrift)

Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann ist der Schaden entstanden? Bitte auch die vermutliche Schadenhöhe angeben.  
Schadendatum:  vermutliche Schadenhöhe:  EUR  
Schadenuhrzeit:

### Bei Personenschaden:

Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten Person

Art der Verletzung

### Bei Sachschaden:

Name, Anschrift und Tel.-Nr. der geschädigten Person

Beschädigte Sachen, Tiere 

	Alter	seinerzeitiger Anschaffungspreis EUR:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detaillierte Schilderung der Schadenursache bzw. des Schadenherganges

Wo ist die Besichtigung der beschädigten Sachen derzeit möglich?

War die beschädigte Sache übernommen zur  Bearbeitung  Reparatur  mietweisen Benützung  Beförderung  Verwahrung  einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit?

In welchem Verhältnis standen die Geschädigten zu Ihnen bzw. zum Verursacher?  Lohn- oder  Dienstverhältnis  Familien- oder  Hausgemeinschaft

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Verursacher verwandt oder verschwägert?  ja →  Ehegatte  Eltern  Schwiegereltern  Großeltern  nein  Kinder  Schwiegerkinder  Enkel  Geschwister  Adoptiv-  Pflege-  Stiefkinder  Eheg. d. Geschw.  deren Kinder  Geschw. d. Eheg.  Lebensgefährte

Wer hat den Schaden verursacht?	<input type="text"/>
Ist dieser einer Ihrer Dienstnehmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist dieser einer Ihrer Familienangehörigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift, Tel.-Nr., Geb.Dat.	
Worin liegt das Verschulden?	<input type="text"/>
Grund	
Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Warum?	
Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie?	
Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Höhe? (EUR)	
Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Warum nicht?	
Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Warum nicht?	
Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei	<input type="text"/>
	Pol.Nr. <input type="text"/>
Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei	<input type="text"/>
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?	<input type="text"/>
Ist ein behördliches Verfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gegen wen? <input type="text"/>	
Behörde, Gericht (Gesch. Zahl) <input type="text"/>	
Zeugen des Schadenereignisses?	<input type="text"/>
Name, Anschrift, Tel.-Nr.	
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (wie oben) <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) <input type="checkbox"/> an Geschädigten
oder an	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Name, Anschrift	
über	<input type="text"/>
IBAN des Zahlungsempfängers	<input type="text"/>
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per Postanweisung	

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer bzw. Herrn/Frau  im Auftrag des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen.  
 Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer