

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19  
5500 Bischofshofen      Telefon: +43 6462 22 066  
Internet: [www.mario-maurer.at](http://www.mario-maurer.at)

**Privat**

Mobil: +43 664 750 448 38  
Fax: +43 6462 33 56 61  
E-Mail: [office@mario-maurer.at](mailto:office@mario-maurer.at)

**HP-SCHADENMELDUNG**

Haftpflicht-Versicherung

**an die            -Versicherung, Polizzennr.:**

**Daten des Versicherungsnehmers**

Titel, Vorname, Zuname:

Straße, Hausnummer, Tür:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Beruf:

**Angaben zum Schaden**

Schadentag:

Uhrzeit:

Schadenort:

Behördliche Aufnahme/Aktenzahl:

Beschreibung des Schadenherganges:

**Daten des Geschädigten**

Titel, Vorname, Zuname:

Straße, Hausnummer, Tür:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Beruf:

**Beschädigte Gegenstände des Geschädigten (Bitte die Rechnung(en) beilegen, falls vorhanden!)**

Gegenstand	Wert	Alter
<b>Summe</b>		

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19

5500 Bischofshofen

Telefon: +43 6462 22 066

Internet: [www.mario-maurer.at](http://www.mario-maurer.at)**Privat**

Mobil: +43 664 750 448 38

Fax: +43 6462 33 56 61

E-Mail: [office@mario-maurer.at](mailto:office@mario-maurer.at)**Risikofragen**

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebt er mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Halten Sie eine Reparatur der beschädigten Gegenstände für möglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie die beschädigten Gegenstände zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Schadenersatzansprüche an Sie? Wenn ja, von wem: In welcher Höhe: Halten Sie diese Forderung(en) für berechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trifft Sie ein Versehen oder Verschulden an dem Vorfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Zeugen? Wenn ja, Angabe des Namens:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Zahlung der Entschädigung an**

Kontoinhaber:	
Bank:	
BIC:	
IBAN:	

**Sonstiges**

--

Ich (Wir) ermächtige(n) die \_\_\_\_\_ **-Versicherung** bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers