



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:

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?		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"/>	gegen wen? <input type="text"/>
Ist ein behördliches Verfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behörde, Gericht (Gesch. Zahl) <input type="text"/>
Zeugen des Schadenereignisses?		Name, Anschrift, Tel.-Nr. <input type="text"/>
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="checkbox"/> <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