

-  PERSÖNLICH
-  EHRLICH
-  UNABHÄNGIG
-  INDIVIDUELL
-  PROFESSIONELL



A-4091 Vichtenstein 88  
office@vmpa.at  
+43 7714 20 121

[www.vmpa.at](http://www.vmpa.at)

IHR VERSICHERUNGSMAKLER  
DIE BESTE VERSICHERUNG 

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<br>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

|                                                                   |                                     |                                               |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bearbeitung                              | <input type="checkbox"/> Reparatur  | <input type="checkbox"/> mietweisen Benützung |
| <input type="checkbox"/> Beförderung                              | <input type="checkbox"/> Verwahrung |                                               |
| <input type="checkbox"/> einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit? |                                     | <input type="text"/>                          |

In welchem Verhältnis standen die Geschädigten zu  
Ihnen bzw. zum Verursacher?

|                                     |                                           |                                         |                                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lohn- oder | <input type="checkbox"/> Dienstverhältnis | <input type="checkbox"/> Familien- oder | <input type="checkbox"/> Hausgemeinschaft |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw.  
mit dem Versursacher verwandt oder  
verschwägert?

☐ ja →  
☐ nein

|                                       |                                           |                                          |                                              |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehegatte     | <input type="checkbox"/> Eltern           | <input type="checkbox"/> Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> Großeltern          |
| <input type="checkbox"/> Kinder       | <input type="checkbox"/> Schwiegerkinder  | <input type="checkbox"/> Enkel           | <input type="checkbox"/> Geschwister         |
| <input type="checkbox"/> Adoptiv-     | <input type="checkbox"/> Pflege-          | <input type="checkbox"/> Stiefkinder     | <input type="checkbox"/> Eheg. d.<br>Geschw. |
| <input type="checkbox"/> deren Kinder | <input type="checkbox"/> Geschw. d. Eheg. | <input type="checkbox"/> Lebensgefährte  |                                              |

|                                                                                                              |                               |                                                         |                                                         |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Wer hat den Schaden verursacht?                                                                              |                               | →                                                       |                                                         |                                          |
| 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                                                     | Pol.Nr.                                  |
| Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft) | <input type="checkbox"/> ja   | →                                                       |                                                         |                                          |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nein |                                                         | bei                                                     |                                          |
| Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?                                               |                               |                                                         |                                                         |                                          |
| Ist ein behördliches Verfahren anhängig?                                                                     | <input type="checkbox"/> ja   | →                                                       |                                                         |                                          |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nein |                                                         | gegen wen?                                              |                                          |
|                                                                                                              |                               |                                                         | Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)                          |                                          |
| Zeugen des Schadenereignisses?                                                                               |                               |                                                         |                                                         |                                          |
|                                                                                                              |                               |                                                         | 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"/>                                |                                                         |                                          |
|                                                                                                              |                               | Name, Anschrift                                         |                                                         |                                          |
|                                                                                                              | über                          | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                 |
|                                                                                                              |                               | IBAN des Zahlungsempfängers                             | bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)         | BIC                                      |
|                                                                                                              |                               | <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