



Verletzte Personen:				
Name	Anschrift	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Name	Anschrift	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Name	Anschrift	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Name	Anschrift	Geburtsdatum	Beruf	Telefon
Art der Verletzung				
Sachschaden: Eigentümer, Anschrift, Telefon				
(Art der Beschädigung, geschätzte Reparaturkosten, beschädigte Sache(n) wenn möglich mitschicken bzw. aufheben)				
Wurde der Schaden verursacht durch				
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer?				
	Name	Anschrift	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> von einem Bediensteten?				
	Name	Anschrift	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> von einem Familienangehörigen?				
<input type="checkbox"/> von einem seiner Tiere?				
Wer sonst hat den Schaden verursacht?				
Name	Anschrift	Geburtsdatum		
Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können: Wenn ja, wie?				
Wurden bereits Schadenersatzansprüche gestellt? Von wem?			Höhe?	
Wurden zum Schadenzeitpunkt in Ihrem Betrieb alle Schutzmaßnahmen beachtet und waren die vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen in Ordnung?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Woran mangelte es?				
Platz für evtl. Ergänzungen.				

# **SCHADENERLEDIGUNG**

Zurück an: Versicherungspartner GmbH  
**Rupertgasse 24**  
**5020 Salzburg**  
**+43 662 648222**

Vermittler: **Versicherungspartner**

**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>	