



Donau Allgemeine
 Versicherungs-AG
 Sitz: SCHOTTENRING 15
 1010 WIEN
 Tel.: +43 (0)50 330 70000
 Fax: +43 (0)50 330 9972637

H A F T P F L I C H T - S C H A D E N M E L D U N G

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

Rechtsschutz-Vers. bei _____ Pol.-Nr. _____

Schadenschilderung _____

Liste der beschädigten Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer, Name, Adresse

Verletzte Personen: Name, Adresse:

Wer verschuldete den Schaden? Name, Adresse:

Name und Anschrift von Zeugen:

Wurde der Tatbestand von der Exekutive aufgenommen?

JA NEIN

Wenn ja, von welcher? _____

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Empfänger: _____

Kto.-Nr. _____ Bank oder BLZ: _____

Ich erkläre, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und hafte für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

VOLLMACHT

Ich, _____, bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG
in meiner Angelegenheit _____

in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesen Abschriften zu nehmen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer