



Donau Allgemeine  
Versicherungs-AG  
Sitz: SCHOTTENRING 15  
1010 WIEN  
Tel.: 01/31311-0  
Fax: 01/310 77 51

# HAFTPFLICHT- SCHADENMELDUNG

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 hafter 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