

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

Personenschaden

Sachschaden

Vermögensschaden

Polizzenummer		Versicherungsnehmer: Familienname, Titel		Vorname	
Beruf, Art der Beschäftigung bzw. Betriebsart				E-Mail	
IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort		Telefon-Nr.	Fax-Nr.
Straße			Haus-, Ort-Nummer		

Allgemeine Fragen – bei jedem Schaden zu beantworten!

Schadendatum:		Schadenort:	
Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Geb.-Dat., Anschrift, Tel.-Nr.)			
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Dienstnehmer <input type="checkbox"/> Familienangehöriger (Art der Verwandtschaft):			
Besteht ein Mitverschulden des Versicherungsnehmers?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren die für Ihren Betrieb vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen und -vorrichtungen zur Zeit des Schadenfalles funktionsfähig und wurden diese auch angewendet?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat den Schaden ein Tier verursacht? Wenn ja, Art, Name, Rasse?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist jemand verletzt oder getötet worden? Wenn ja, Art der Verletzung sowie Name und Anschrift der verletzten oder getöteten Person:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden fremde Sachen beschädigt? Wenn ja, Name, Anschrift und Tel.-Nr. des/der Geschädigten:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War die beschädigte Sache zur Bearbeitung, Verwahrung, Reparatur, mietweisen Benützung oder Beförderung übernommen? Wenn ja, zur			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen? Wenn ja, wo und unter welcher Aktenzahl?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein behördliches Verfahren anhängig? Wenn ja, wo?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeugen des Schadenereignisses: (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)			
Wurden Schadenersatzansprüche an Sie gestellt? Wenn ja, von wem und in welcher Höhe?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welchem Verhältnis steht (stehen) der/die Geschädigte zu Ihnen?			
<input type="checkbox"/> Lohn- oder Dienstverhältnis		<input type="checkbox"/> Verwandtschaft (welche):	
<input type="checkbox"/> Familien- oder Hausgemeinschaft		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Besteht Ihrer Ansicht nach ein Mitverschulden des/der Geschädigten?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, warum?			
Besteht für Sie bei einer anderen Versicherungsgesellschaft eine			
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung	<input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung
Versicherungsgesellschaft:		Polizze-Nr.:	

Bei Fahrzeugschäden (beschädigtes Fahrzeug)		
Type/Marke:	Baujahr:	behördl. Kennzeichen:
Fahrzeuglenker: (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)		
Fahrzeughalter: (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)		
Wo ist das Fahrzeug haftpflichtversichert?		
Versicherungsgesellschaft:	Polizze-Nr.:	
Wo ist das Fahrzeug kaskoversichert?		
Versicherungsgesellschaft:	Polizze-Nr.:	
Bei Leitungswasserschäden		
Bei welcher Gesellschaft besteht die Gebäudeleitungswasser-Versicherung?		
Versicherungsgesellschaft:	Polizze-Nr.:	
Name und Anschrift der Hausverwaltung:		
Ursache und Hergang des Schadens – bitte in jedem Fall und ausführlich schildern (evtl. Skizze)!		

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in alle den Schaden betreffenden Akten Einsicht zu nehmen. Beschädigte Sachen bzw. Teile bewahre ich bis zur Erledigung des Schadenfalles oder entsprechenden Weisung der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft auf.

Ort, Datum

Unterschrift aller Versicherungsnehmer

BITTE SCHADENMELDUNG UNVERZÜGLICH WEITERLEITEN!