# Schadenanzeige

V/6.750\_/v: 0.432

#### Haftpflicht-Versicherung

## Versicherungsnehmerin

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherungsnehmer |  | | | |
| Zuständige Person |  | | | |
| Strasse |  | | | |
| PLZ / Ort |  | | | |
| Telefon-Nr. |  | MwST-pflichtig | Ja | Nein |
| PC- oder Bankkonto |  | | | |
| Bank/Filiale |  | | | |
| Versicherungsgesellschaft |  | | | |
| Policen-Nummer |  | | | |

## Schadenereignis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | | |
| Uhrzeit: |  | | |
| Ort und Strasse |  | | |
| Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden? | | Ja | Nein |
|  | | | |
| **Wenn ja, durch wen?** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Schadenhergang:** | | | |
|  | | | |

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

## Zeugen

|  |  |
| --- | --- |
| Namen, Vornamen |  |
| Tel.-Nr. |  |
| Adressen |  |

## Ihre Ansicht zur Schadenursache

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen | |
| 🡪 Begründung: | |  |
|  | Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familie, Angehörigen oder Angestellten | |
| 🡪 Begründung: | |  |
|  | Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson | |
| 🡪 Begründung: | |  |

## Verletzung oder Tötung von Personen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1) Verletzter: Name und Vorname** |  | **2) Verletzter: Name und Vorname** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adresse, Tel. Nr. |  | Adresse, Tel. Nr. |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Beruf, bzw. beschäftigt als |  | Beruf, bzw. beschäftigt als |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Arbeitgeber |  | Arbeitgeber |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Geburtsdatum, Zivilstand |  | Geburtsdatum, Zivilstand |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Worin besteht die Verletzung? |  | Worin besteht die Verletzung? |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes |  | Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Arbeitsunfähig seit / Grad |  | Arbeitsunfähig seit / Grad |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? |  | Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? |
|  |  |  |

## Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (wie auch Schäden an Tieren)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) Geschädigter: Name und Vorname** | | |  | **2) Geschädigter: Name und Vorname** | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Adresse, Tel. Nr. | | |  | Adresse, Tel. Nr. | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schaden-verursacher verwandt? | | |  | Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schaden-verursacher verwandt? | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontroll-schild, Stammnummer)? | | |  | Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontroll-schild, Stammnummer)? | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Kann die beschädigte Sache repariert werden? | | |  | Kann die beschädigte Sache repariert werden? | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Standort der beschädigten Sache | | |  | Standort der beschädigten Sache | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) | | |  | Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? | | |  | Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | | |  | Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | | |
| Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen |  | Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen |
| Gesellschaft? |  | |  | Gesellschaft? |  | |

## Ergänzende Fragen zum Schadenverursacher

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname: |  | | | | |
| Adresse, Tel. Nr. |  | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |
| Verwandtschaftsgrad /  Stellung im Betrieb |  | | | | |
| Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten? | | Ja | | Nein | |
| Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? | | Ja | | Nein | |
| Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? | | Ja | | Nein | |
| Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft oder eines Konsortiums? | | Ja | | Nein | |
| **(Wenn ja, Details angeben)** | |  | |  | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Trifft eine weitere Person eine Mitschuld an diesem Ereignis? | | | Ja | | Nein |
| **(Wenn ja, wer und aus welchem Grund?)** | | | | | |
|  | | | | | |

## Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schaden-ersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer).

|  |  |
| --- | --- |
| **, 20. Dezember 2013** | |
|  | |
| Der Kunde | |
|  |  |