

**Schadenanzeige Haftpflicht-Versicherung**

Policen-Nr. \_\_\_\_\_

Kontakt: Cevi Schweiz, Matthias Heck  
[matthias.heck@cevi.ch](mailto:matthias.heck@cevi.ch)  
+41 44 213 20 47**1. Schadenereignis**

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort und Strasse \_\_\_\_\_

Hat eine amtliche Tatbestandaufnahme stattgefunden? Ja                  Nein

Wenn ja, durch wen? (Bitte Protokoll beilegen) \_\_\_\_\_

Schadenhergang: \_\_\_\_\_

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

**2. Zeugen**

1)	Name: _____	Vorname: _____
	Telefon-Nr.: _____	Adresse: _____
2)	Name: _____	Vorname: _____
	Telefon-Nr.: _____	Adresse: _____
3)	Name: _____	Vorname: _____
	Telefon-Nr.: _____	Adresse: _____
4)	Name: _____	Vorname: _____
	Telefon-Nr.: _____	Adresse: _____

**3. Ihre Ansicht zur Schadensursache**

Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familien-Angehörigen, Angestellten

Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson

Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen

Begründung: \_\_\_\_\_

**4. Verletzung oder Tötung von Personen**

1)	Name: _____	Vorname: _____
	Telefon-Nr.: _____	Adresse: _____
	Arbeitgeber: _____	Beruf, beschäftigt als: _____
	Zivilstand: _____	Geburtsdatum: _____
	Worin besteht die Verletzung? _____	
	Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____	

Arbeitsfähigkeit seit: \_\_\_\_\_ Pensum: \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

2) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf, beschäftigt als: \_\_\_\_\_  
 Zivilstand: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Worin besteht die Verletzung? \_\_\_\_\_  
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

---

Arbeitsfähigkeit seit: \_\_\_\_\_ Pensum: \_\_\_\_\_  
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

3) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf, beschäftigt als: \_\_\_\_\_  
 Zivilstand: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Worin besteht die Verletzung? \_\_\_\_\_  
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

---

Arbeitsfähigkeit seit: \_\_\_\_\_ Pensum: \_\_\_\_\_  
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

**5. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen**

1) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein  
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen:  
 Kontrollschild, Stammnummer)? \_\_\_\_\_

---

Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein  
 Standort der beschädigten Sache \_\_\_\_\_  
 Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): \_\_\_\_\_  
 Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

---

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?  
 Teilkasko Vollkasko Feuer Diebstahl  
 Glasbruch Wasserschaden Maschinenbruch Bauwesen  
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein  
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen:  
 Kontrollschild, Stammnummer)? \_\_\_\_\_

---

Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein  
 Standort der beschädigten Sache \_\_\_\_\_  
 Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): \_\_\_\_\_

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

Teilkasko	Vollkasko	Feuer	Diebstahl
Glasbruch	Wasserschaden	Maschinenbruch	Bauwesen

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

**6. Ergänzende Fragen**

Welche Versicherte Person hat den Schaden verursacht?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad / Stellung im Betrieb: \_\_\_\_\_

Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienst der Geschädigten? Ja Nein

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? Ja Nein

Standen die Geschädigten im Dienst 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, Name) \_\_\_\_\_

Trifft eine weitere Person eine Mitschuld an diesem Ereignis? Ja Nein

(Wenn ja, wer und aus welchem Grund?) \_\_\_\_\_

**7. Bemerkungen**

---



---



---



---

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

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

---