

Schadenanzeige Haftpflicht-Versicherung

Versicherungsnehmer

Zuständige Person

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon-Nr. _____

MwST-pflichtig

ja

nein

P C - o d e r B a n k k o n t o B a n k / F i l i a l e i n _____

Versicherungsgesellschaft

Policen-Nummer _____

1. 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.

2. ZEUGEN

Namen, a) _____

Vornamen

Tel.-Nr. b) _____

und

Adressen c) _____

3. IHRE ANSICHT ZUR SCHADENURSACHE

- Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen Begründung:
- Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angeh., Angestellten
- Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson

4. 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 Adresse des erstbehandelnden Arztes	Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes
Arbeitsfähigkeit seit / Grad	Arbeitsfähigkeit seit / Grad
Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?	Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?

5. 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 Schadenverursacher verwandt?	Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt?
Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)?	Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, 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?
<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Wasserschaden <input type="checkbox"/> Maschinenbruch <input type="checkbox"/> Bauwesen	<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Wasserschaden <input type="checkbox"/> Maschinenbruch <input type="checkbox"/> Bauwesen
Gesellschaft?	Gesellschaft?

6. ERGÄNZENDE FRAGEN

Welche versicherte Person hat den Schaden verursacht?

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, 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 amtliche Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer).

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:
