

Schadenanzeige Haftpflicht-Versicherung

Policen-Nr. _____

Kontakt: Cevi Schweiz, Matthias Heck
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:
