

## Schadenanzeige für die allgemeine Haftpflichtversicherung

Geschäftsstelle

Police-Nr.

### Versicherungsnehmer/in

1 Name/Firma	Vorname	Zivilstand
2 Beruf oder Betrieb	Telefon <input type="checkbox"/> Geschäft <input type="checkbox"/> Privat	
3 Adresse (Strasse, PLZ, Ort)	E-Mail	
4 Bank-/Postverbindung	Fax	
5 Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Mehrwertsteuer-Nummer		

### Wer hat den Schaden verursacht? (Nur ausfüllen, wenn es **nicht** der/die Versicherungsnehmer/in selbst war)

6 Name	Vorname	Geburtsdatum
7 Beruf / beschäftigt als	Telefon	
8 Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		

### Was hat sich ereignet?

9 Schadendatum	Zeit	<input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags
10 Schadenort (genaue Bezeichnung von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.)		
11 Auf welche Weise ist der Schaden entstanden? (Genaue Schilderung, eventuell kleine Skizze)		

12 Trifft jemanden ein Verschulden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wen?
Inwiefern?	

13 Zeugen? (Namen und Adressen)

14 Ist ein Polizeirapport erstellt worden, oder hat sonst eine amtliche Untersuchung stattgefunden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durch welche Stelle?
--	----------------------

**Wer wurde verletzt?**

(Nur ausfüllen bei Körperverletzung; bei mehreren Verletzten: Angaben bitte auf Zusatzblatt)

15	Name	Vorname	Geburtsdatum
16	Beruf / Stand		Telefon
17	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		
18	Art der Verletzung		
19	Beigezogener Arzt oder Spital		
20	Besteht eine Unfallversicherung? (z. B. Privat, UVG)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei

**Was wurde beschädigt? (Bitte bei Sachbeschädigung oder Verletzung von Tieren ausfüllen)**

21	Um welche Gegenstände / Tiere handelt es sich?		
22	Welcher Art ist die Beschädigung?		
23	Wem gehören sie? Name		Beruf
24	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		Telefon
25	Wo können die Sachen besichtigt werden?		
26	Wie hoch wird der Schaden geschätzt?		Von wem geschätzt?
27	Waren die Sachen Ihnen oder jemandem, für die/den Sie verantwortlich sind, aus folgenden Gründen übergeben worden: <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Gebrauchsleihe <input type="checkbox"/> Reparatur <input type="checkbox"/> Bearbeitung <input type="checkbox"/> Aufbewahrung <input type="checkbox"/> Auftrag <input type="checkbox"/> Beförderung <input type="checkbox"/> Be-/Entladen oder aus welchem sonstigen Grund?		

**Weitere Fragen**

(Bitte in jedem Fall beantworten)

28	Wenn mehrere am Schaden beteiligt sind: Name und Adresse (Strasse, PLZ, Ort) des/der Mitbeteiligten		
	Wo ist sie/er / sind sie haftpflichtversichert?		
29	Sind Sie oder der/die Schadenverursacher/in mit dem/der Verletzten/Geschädigten verwandt oder verschwägert?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsgrad
30	Lebt der/die Verletzte/Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Steht der/die Verletzte/Geschädigte bei Ihnen in Arbeit?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
31	Sind bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Von wem, welche?		

**Information, Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin**

32 Wir weisen darauf hin, dass wir zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche Ihre Daten bearbeiten und die notwendigen und sachlichen Abklärungen auch bei Dritten im In- und Ausland (z. B. Amtsstellen, Beteiligte, Versicherer, Experten, Medizinalpersonen, Spitäler) vornehmen werden.

Die Gesellschaft wird ermächtigt, die sich aus dem Schadenfall ergebenden Daten zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Mit- und Rückversicherer, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte im In- und Ausland weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Gesellschaft. Die Datenbearbeitung durch die Gesellschaft erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz.

Die unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Gesellschaft oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Gesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

33	Ort und Datum	Unterschrift
----	---------------	--------------