

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

### Versicherungsnehmer

Firma

Korrespondenzadresse

MWST-pflichtig  ja  nein

MWST-Nummer

Kontaktperson / Funktion

erreichbar

PC- oder Bankkonto

IBAN

Anrede / Titel

Vorname, Name

Nationalität

Geburtsdatum / Zivilstand

Arbeitgeber / Beruf

Telefon G / Telefon P

Mobile / Fax

E-Mail

Sind Sie rechtsschutzversichert?  ja  nein

Gesellschaft

Ist der Fall gemeldet?  ja  nein

### Sofern das Ereignis durch einen Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbeigeführt worden ist

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum / Zivilstand

Verwandschaftsgrad

Stellung im Betrieb

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)

Strasse, Nr

Land, PLZ, Ort

Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja  nein

Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen

Durch wen?

(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)

Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit  ja  nein

innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?

Name und Adresse des Konsortiums

### Hergang

(Bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

**Skizze**

**Zeugen**

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

**Ihre Ansicht zur Schadenursache**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen             | <input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten |
| <input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte |   |
| <input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson  |   |

Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

Begründung	<input type="text"/>
------------	----------------------

## Verletzung oder Tötung von Personen

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>		Beruf	<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
			wie?	<input type="text"/>	
			Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>		Beruf	<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		
			wie?	<input type="text"/>	
			Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>	

## Beschädigung oder Zerstörung fremder Sache, auch von Tieren

Gegenstand	<input type="text"/>		Standort	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>		Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Name des Eigentümers	<input type="text"/>				
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>	

Gegenstand	<input type="text"/>		Standort	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>		Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Name des Eigentümers	<input type="text"/>				
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>	

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>

## **Ergänzungsfragen**

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat verwandt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>
Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Eigenschaft?	<input type="text"/>
Standen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Eigenschaft?	<input type="text"/>
Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	In welcher Höhe?	<input type="text"/>

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten (sofern nicht identisch mit dem VN)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>