

## Schadenanzeige Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

Schadensnummer  Policennummer / Vers.

### Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Feuerversicherung (Brand- Blitzschlag, Elementarschaden) | <input type="checkbox"/> Wasserversicherung           |
| <input type="checkbox"/> Diebstahlversicherung                                    | <input type="checkbox"/> Glasversicherung             |
| <input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung                            | <input type="checkbox"/> Kaskoversicherung (All Risk) |

### Versicherungsnehmer

Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>		Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Mobile / Fax	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>
PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>		IBAN	<input type="text"/>

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Strasse, Nr	<input type="text"/>
Stockwerk, Raum	<input type="text"/>		Land, PLZ, Ort	<input type="text"/>
Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Durch wen?	<input type="text"/>
Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen			(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	

### Hergang

(bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

Bestehen für das Ereignis noch andere Versicherung? Z. Bsp. Reisegepäck-, Wertsachen-, Ski-, Kaskoversicherung usw.)  ja  nein

Versicherer  Policennummer

## **Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-), Kasko- und Wasserversicherung**

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?

Ist jemand für den Schaden verantwortlich?  ja  nein

wer?

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?

## **Diebstahlversicherung**

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?  ja  nein

Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

## **Schadenaufstellung für Schäden zur Feuer-, Wasser-, Kasko und Diebstahlversicherung**

Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	Kaufort	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## **Glasversicherung**

Der Schaden betrifft:  Gebäudeverglasung  Mobiliarverglasung  Beleuchtungsanlage  Lavabo, Spültrog usw.

Name und Adresse des  
Reparateurs

Wer ist für den Schaden  
verantwortlich?

## Schadenaufstellung für Schäden zur Glasversicherung

Eigentümer der beschädigten Gläser

Anzahl	Genau Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Privathaftpflichtversicherung

Sind Sie rechtsschutzversichert?  ja  nein Versicherer / Policennummer

## Ihre Ansicht zur Schadenursache

Schadenursache

- Fehlerhafte Einrichtungen usw.
  Verschulden des Geschädigten  
 Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte
  Verschulden einer Drittperson

Begründung

## Schadenverursacher

Name, Vorname  Telefon G / Mobile

Strasse, Nr.  Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort   ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Name, Vorname  Telefon G / Mobile

Strasse, Nr.  Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort   ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Verursacher  Zeuge

Name, Vorname  Telefon G / Mobile

Strasse, Nr.  Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort   ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Verursacher  Zeuge

Name, Vorname  Telefon G / Mobile

Strasse, Nr.  Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort    ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie   
 Verursacher  Zeuge

## **Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen**

Anrede   Telefon G / Telefon P    
 Name, Vorname  Mobile   
 Strasse, Nr  E-Mail   
 PLZ, Ort  Arbeitgeber   
 Worin besteht die Verletzung?  Zivilstand / Geburtsdatum    
 Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals  Beruf   
 Geschädigter ist mit Halter verwandt  
 Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers  
 Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert  
 Versicherer/Krankenkasse  Stellung

Anrede   Telefon G / Telefon P    
 Name, Vorname  Mobile   
 Strasse, Nr  E-Mail   
 PLZ, Ort  Arbeitgeber   
 Worin besteht die Verletzung?  Zivilstand / Geburtsdatum    
 Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals  Beruf   
 Geschädigter ist mit Halter verwandt  
 Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers  
 Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert  
 Versicherer/Krankenkasse  Stellung

## **Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren**

Gegenstand  Schätzung Schadenhöhe   
 Art der Beschädigung  Standort (Besichtigungsort)   
 Gegenstand versichert bei   
 Name des Eigentümers  Strasse, Nr.   
 PLZ, Ort  Telefon G / Telefon P    
 Mobile  MWST-pflichtig  ja  nein  
 E-Mail  MWST-Nummer

<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Halter verwandt	Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>
---	--------------------	----------------------

---

Gegenstand	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Standort (Besichtigungsort)	<input type="text"/>
		Gegenstand versichert bei	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>	Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>	MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	<input type="text"/>	MWST-Nummer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Halter verwandt	Verwandschaftsgrad	<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 wird 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 indentisch mit dem VN)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>