

Haftpflichtversicherung

Schadenanzeige	Versicherungs-Gesellschaft	Police-Nr.
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Versicherungsnehmer

Name	Vorname	
<hr/>	<hr/>	
Strasse	PLZ/ Ort	
<hr/>	<hr/>	
Betrieb	Telefon-Nr. privat	Geschäft
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<small>Wenn ja, bitte Ihre Mehrwertsteuernummer</small>		
Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<hr/>		

Schadenhergang

1. Wann hat sich der Schadenfall ereignet? Am 20 Uhr mittags

2. An welchem Ort. bzw. in welchem Lokal ereignete sich der Schadenfall?

3. Genaue Beschreibung des Schadenereignisses:
Veranlassung und Hergang (wenn möglich unter Beifügung einer Skizze)

4. a) Auf welche Ursachen ist der Schaden zurückzuführen?

b) Zeitpunkt und Verursachung?

c) Name, Adresse und Alter des Verursachers

Alter

5. a) Trifft den Versicherten, seine Angehörigen oder sein Personal ein Verschulden und weshalb?

b) Fällt dem Geschädigten oder einer Drittperson ein Verschulden zur Last und weshalb?
Namen und Adressen angeben

6. Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalles angegeben werden?
(Namen und Adressen)

7. a) Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden?

b) Wenn ja, von welcher Polizeistelle?

Personenschäden (Bei Tötung, Verletzung oder sonstige Gesundheitsschädigung von Personen)

8. Name und Vorname der verletzten Person	Zivilstand	Geburtsdatum	Adresse	Beruf	Arbeitgeber
a)					
b)					
c)					

9. Worin besteht die Verletzung dieser Person? Natur der Verletzung	(Zutreffendes bitte unterstreichen)				Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals
a)	leicht <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/>	tödlich <input type="checkbox"/>	
b)	leicht <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/>	tödlich <input type="checkbox"/>	
c)	leicht <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/>	tödlich <input type="checkbox"/>	

10. Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? bei der SUVA? bei welcher anderen Gesellschaft oder Krankenkasse?	War sie zur Zeit des Schadenfalls in Ihren Diensten?	Gehört sie zur Familie des Versicherungs- nehmers bzw. des Schadenverursachers? Wenn ja, Grad der Vervwandschaft?
a)		
b)		
c)		

11. Sind Ersatzansprüche für Personenschäden an Sie gestellt worden? Welche und von wem? Allfällige Schriftstücke sind der Anzeige beizulegen

Sachschäden (Bei Zerstörung, Beschädigung oder Verlust von fremden Sachen -> Eigenschäden nicht gedeckt!)

12. a) Was wurde beschädigt und worin besteht der Schaden? (Bei Motorfahrzeugen Marke und Kontrollschild-Nr. angeben)

_____ Schadenhöhe _____

b) Name und Adresse des Eigentümers

c) Wo kam die beschädigte Sache besichtigt werden?

13. a) Ist die beschädigte Sache gegen eines oder mehrere der nebenstehenden Risiken versichert? (Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

b) Bei welcher Gesellschaft?

c) Wurde der Fall dort angemeldet?

14. Sind Ersatzansprüche für Sachschäden an Sie gestellt worden? Welche und von wem? Allfällige Schriftstücke sind der Anzeige beizulegen

Ort und Datum	Der Versicherungsnehmer (Namen ausschr., ausdrucken und unterschreiben)
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

Die unterzeichnete / n Person / en ermächtigen die QualiRisk, die Versicherungsgesellschaften und Dritten, Daten zu bearbeiten, welche sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Die Bevollmächtigten können im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten. Die Vollmacht gilt auch bei Amts- und anderen Stellen um auch in gerichtlichen und / oder medizinischen Akten Einsicht nehmen zu können. Die unterzeichnende/n Person / en entbindet / entbinden mit ihrer Unterschrift die behandelnden Aerzte, Spitäler und deren medizinischen Dienst sowie alle involvierten Drittpersonen alle im Zusammenhang mit dem Schadenereignis und der Schadenabwicklung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie entbindet / entbinden zu diesem Zwecke diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltung. Die unterzeichnete / n Person / en haben jederzeit das Recht über die sie betreffenden Daten die gesetzliche vorgesehene Einsichtnahme zu verlangen. **Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.**