



Haftpflichtversicherung

Schadenanzeige (Für Motorfahrzeugunfälle spezielle Anzeigeformulare verwenden)
Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 282 39 60

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Vorname	Geb.- Datum	Zivilstand
Firma	PC- oder Bankkonto	
Beruf/Betrieb	Bank/Filiale in	
Strasse	MWST-pflichtig	nein ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.	
Tel. P. Mobil	Sind Sie rechtsschutzversichert?	nein ja
Tel. G. Mobil	Wo?	
Fax E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	nein ja

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

Name/Vorname	Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse	Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer	
PLZ/Ort		
	Stellung im Betrieb	

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines
Strasse		Unternehmerkonsortiums? nein ja
PLZ/Ort		Name und Adresse des Konsortiums
Amtliche Tatbestandsaufnahme	nein ja	
Durch wen?		

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)



Skizze

Zeugen

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
b) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
c) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail

Ihre Ansicht zur Schadenursache

Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Begründung
Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Angestellten	
Verschulden des Geschädigten	
Verschulden einer Drittperson	
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

Verletzung oder Tötung von Personen

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum (leer lassen)
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	(leer lassen)
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		



<u>b) Name/Vorname</u>	<u>Zivilstand</u>	<u>Geb.-Datum</u> (leer lassen)
<u>Strasse</u>		
<u>PLZ/Ort</u>	<u>Arbeitgeber</u>	
<u>Beruf</u>	<u>Worin besteht die Verletzung?</u>	(leer lassen)
<u>Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals</u>		
<u>Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?</u>	<u>Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?</u>	
_____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>		
<u>Wie?</u>		

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

<u>Gegenstand 1</u>	<u>Standort</u>
<u>Art der Beschädigung</u>	<u>Vermutliche Schadenhöhe CHF</u> (leer lassen)
<u>Name/Vorname des Eigentümers</u>	
	<u>Bei welcher Gesellschaft versichert?</u>
<u>Strasse</u>	
<u>PLZ/Ort</u>	<u>MWST-pflichtig</u> _____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>
	<u>MWST-Nr.</u>
<u>Gegenstand 2</u>	<u>Standort</u>
<u>Art der Beschädigung</u>	<u>Vermutliche Schadenhöhe CHF</u> (leer lassen)
<u>Name/Vorname des Eigentümers</u>	
	<u>Bei welcher Gesellschaft versichert?</u>
<u>Strasse</u>	
<u>PLZ/Ort</u>	<u>MWST-pflichtig</u> _____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>
<u>Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?</u>	<u>MWST-Nr.</u>
_____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>	
<u>Wie?</u>	

Ergänzungsfragen

<u>Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat,</u>	<u>Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?</u>
_____ <u>verwandt?</u> _____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>	_____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>
<u>Wie?</u>	<u>In welcher Eigenschaft?</u>
<u>Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?</u>	<u>Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?</u>
_____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>	_____ <u>nein</u> _____ <u>ja</u>
	<u>In welcher Höhe? CHF</u>

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Assicura, bzw. der Versicherungsgesellschaft, Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigen die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

<u>Ort und Datum</u>	<u>Unterschrift des Versicherten</u> (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	<u>Unterschrift des Versicherungsnehmers</u>
_____	_____	_____