

Wird von der
Versicherung >
ausgefüllt

Schaden-Nummer

Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

(Für die Motorfahrzeugversicherung spezielle Meldeformulare verwenden)

Vertrag-Nr.

1. Versicherungsnehmer/in

Name, Vorname / Firma: _____

Beruf / Betrieb _____

Strasse: _____ Tel. Privat: _____

PLZ / Ort: _____ Tel. Geschäft: _____

Email: _____ Mobile: _____

Ihr PC-Konto: _____ Bank: _____ Bank-Konto: _____

Sind Sie rechtsschutzversichert? nein ja Bei wem? _____ Ist der Fall gemeldet? nein ja

2. Schadenereignis

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort und Strasse: _____

Polizeirapport? nein ja Durch welche Polizeistelle? _____

Hergang: _____

	Skizze

3. Schadenverursacher

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Adresse: _____

Ist diese Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt? nein ja, Verwandtschaftsgrad _____

Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt? nein ja, Stellung im Betrieb _____

4. Schadenursache

Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen?

- Ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienmitgliedes oder eines Angestellten nein ja Grund _____

- Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation nein ja Grund _____

- Ein Verschulden / Mitverschulden des Geschädigten oder eines Dritten nein ja Grund _____

Name, Vorname und Adresse dieser Person _____

5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse _____ Tel.-Nr. _____

a) _____

b) _____

6. Verletzung oder Tötung von Personen

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse	Tel.-Nr.
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____

Worin besteht die Verletzung? _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals _____

a) _____

b) _____

7. Beschädigungen oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Welche Sachen sind beschädigt worden (bei Fahrzeugen Marke und Kontrollschild)	Alter / Jg.	Worin besteht die Beschädigung?
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____

Name, Vorname, Adresse des Eigentümers	Tel.-Nr.
a) _____	_____
b) _____	_____

Besichtigungsort / Reparaturfirma	Schadenhöhe ca.	Bei welcher Gesellschaft versichert? (Kasko- /Feuer- /Wasserversicherung etc.)
a) _____	Fr. _____	_____
b) _____	Fr. _____	_____

8. Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt? nein ja, Verwandtschaftsgrad? _____

Stehen die Geschädigten in Ihren Diensten? nein ja, in welcher Eigenschaft? _____

Stehen Sie im Dienste des Geschädigten? nein ja, in welcher Eigenschaft? _____

Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt? nein ja

Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums? nein ja, Name des Konsortiums? _____

Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden? nein ja, in welcher Höhe? Fr. _____

9. Bemerkungen Versicherungsnehmer/in

Der Unterzeichnete ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG- Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von Ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Basler, Versicherungs-Gesellschaft

Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Servicecenter (24h) 00800 24 800 800

Fax 061 285 90 73, insurance@baloise.ch, www.baloise.ch