

Name und Adresse

---

---

---

---

Policen-Nr. \_\_\_\_\_

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

## Schadenanzeige Haftpflichtversicherung

Wir bitten Sie, uns dieses Formular vollständig ausgefüllt wieder zuzustellen. Besten Dank.

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine Rechtsschutzversicherung?  nein  ja Gesellschaft \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort angemeldet?  nein  ja \_\_\_\_\_

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  nein  ja MWST - Nr. \_\_\_\_\_

**Angaben zum  
Schadenereignis**

Datum \_\_\_\_\_ Zeit (0-24) \_\_\_\_\_ Ort und Strasse \_\_\_\_\_

Schadenhergang \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte wenn möglich Zusatzblatt mit Skizze beilegen.

Auf welche Ursache ist der Schaden zurückzuführen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verursacher (Name, Vorname, Adresse) \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Trifft eine andere Person eine Mitschuld?  nein  ja Name \_\_\_\_\_

Polizeirapport  nein  ja, durch welche Polizeistelle? \_\_\_\_\_

**Zeugen**

(Namen, Vornamen, Adressen)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

**Sachschäden  
Dritter****Geschädigte****1. Geschädigter****2. Geschädigter**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Schaden**

Art des Sachschadens \_\_\_\_\_

Alter des Gegenstandes: \_\_\_\_\_

Besichtigungsort \_\_\_\_\_

Ungefähre Schadenhöhe

Fr. \_\_\_\_\_

**Bestehen weitere  
Versicherungen für die  
obenerwähnten Sachen?** Teilkasko Vollkasko Feuer Diebstahl Glasbruch Wasserschaden Maschinenbruch Bauwesen Wertsachenvers. Reisegepäck

Bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort  
angemeldet? ja nein ja nein**Zusatzfragen  
Privathaftpflicht**

Mieterschäden: Mietbeginn \_\_\_\_\_

Mietende \_\_\_\_\_

Datum letzte Renovation \_\_\_\_\_

Leben Sie mit der geschädigten Person in Hausgemeinschaft?

 ja nein

Sind Sie mit der geschädigten Person verwandt?

 ja nein**Verletzte Personen**

Name, Vorname, Adresse \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

(Bei mehr als 2 Verletzten bitte Zusatzblatt beilegen)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

Beruf verletzte Person \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spital \_\_\_\_\_

Wo ist die verletzte Person gegen  
Unfall versichert? \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Ersatzansprüche**

Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden?

 nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Zahlung an**

Name / Vorname / Adresse \_\_\_\_\_

 Postcheckkonto Name der Bank und Konto \_\_\_\_\_**Einwilligung**

Der / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die Helvetia im Zusammenhang mit der Schaden-erledigung im erforderlichen Umfang Auskünfte von Dritten (Versicherer, Medizinalpersonen, Behörden, u.a.) einholt und Daten an solche Stellen übermittelt. Personen, welche die Gesellschaft um Auskünfte ersucht, werden von der/dem Unterzeichnenden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden. Ohne Bewilligung der Helvetia dürfen keinerlei Ansprüche anerkannt werden.

**Unterschrift**

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
der(s) Kundin(en) \_\_\_\_\_