

Schadensanzeige für die allgemeine Haftpflichtversicherung

Geschäftsstelle:

Police-Nr.:

Versicherungsnehmer/in

| | | | |
|---|--|---------|-------------------------------|
| 1 | Name/Firma | Vorname | Zivilstand |
| 2 | Beruf oder Betrieb | | Telefon Geschäft Privat |
| 3 | Adresse (Strasse, PLZ, Ort) | | E-Mail |
| 4 | Bank-/Postverbindung | | Fax |
| 5 | Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Nein Ja, Mehrwertsteuer-Nummer | | |

Wer hat den Schaden verursacht? (Nur ausfüllen, wenn es **nicht** der/die Versicherungsnehmer/in selbst war)

| | | | |
|---|-----------------------------|---------|--------------|
| 6 | Name | Vorname | Geburtsdatum |
| 7 | Beruf / beschäftigt als | | Telefon |
| 8 | Adresse (Strasse, PLZ, Ort) | | |

Was hat sich ereignet?

| | | | |
|----|--|------------|---------------------------|
| 9 | Schadendatum | Zeit | vormittags nachmittags |
| 10 | Schadenort (genaue Bezeichnung von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.) | | |
| 11 | Auf welche Weise ist der Schaden entstanden? (Genaue Schilderung, eventuell kleine Skizze) | | |
| 12 | Trifft jemanden ein Verschulden? | Ja Nein | Wen? |
| | Inwiefern? | | |
| 13 | Zeugen? (Namen und Adressen) | | |
| 14 | Ist ein Polizeirapport erstellt worden, oder hat sonst eine amtliche Untersuchung stattgefunden? | Ja Nein | Durch welche Stelle? |

Wer wurde verletzt?

(Nur ausfüllen bei Körperverletzung; bei mehreren Verletzten: Angaben bitte auf Zusatzblatt)

| | | | |
|----|---|---------|-----------------|
| 15 | Name | Vorname | Geburtsdatum |
| 16 | Beruf / Stand | | Telefon |
| 17 | Adresse (Strasse, PLZ, Ort) | | |
| 18 | Art der Verletzung | | |
| 19 | Beigezogener Arzt oder Spital | | |
| 20 | Besteht eine Unfallversicherung? (z. B. Privat, UVG) | | Nein Ja, bei |

Was wurde beschädigt?

(Bitte bei Sachbeschädigung oder Verletzung von Tieren ausfüllen)

| | | | |
|----|--|--------------------|--|
| 21 | Um welche Gegenstände / Tiere handelt es sich? | | |
| 22 | Welcher Art ist die Beschädigung? | | |
| 23 | Wem gehören sie? Name | Beruf | |
| 24 | Adresse (Strasse, PLZ, Ort) | Telefon | |
| 25 | Wo können die Sachen besichtigt werden? | | |
| 26 | Wie hoch wird der Schaden geschätzt? | Von wem geschätzt? | |
| 27 | Waren die Sachen Ihnen oder jemandem, für die/den Sie verantwortlich sind, aus folgenden Gründen übergeben worden: Miete Gebrauchsleihe Reparatur Bearbeitung Aufbewahrung Auftrag Beförderung Be-/Entladen oder aus welchem sonstigen Grund? | | |

Weitere Fragen

(Bitte in jedem Fall beantworten)

| | | | |
|----|---|---------------------------------|--|
| 28 | Wenn mehrere am Schaden beteiligt sind: Name und Adresse (Strasse, PLZ, Ort) des/der Mitbeteiligten | | |
| | Wo ist sie/er / sind sie haftpflichtversichert? | | |
| 29 | Sind Sie oder der/die Schadenverursacher/in mit dem/der Verletzten/Geschädigten verwandt oder verschwägert? | Nein Ja, Verwandtschaftsgrad | |
| 30 | Lebt der/die Verletzte/Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? | Ja Nein | Steht der/die Verletzte/Geschädigte bei Ihnen in Arbeit? Ja Nein |
| 31 | Sind bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? | Ja Nein | Von wem, welche? |

Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

| | | |
|----|---|--------------|
| 32 | Die Gesellschaft wird ermächtigt, die sich aus dem Schadenfall ergebenden Daten zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Gesellschaft. Die versicherte/unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Gesellschaft oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen. | |
| 33 | Ort und Datum | Unterschrift |

Vom Schadenzentrum Nationale Suisse auszufüllen:

| | |
|---|---|
| A | Kenntnis vom Schaden seit: |
| B | Mitbeteiligte Versicherungen (Haftpflicht, UVG, Unfall-, Kasko-, Sachversicherung): |
| C | Massnahmen: Arztbericht, Expertise, Polizeirapport usw. |
| D | Bemerkungen: |