



**SCHADENANZEIGE PRIVAT-HAFTPFLICHT  
(Schäden an gemieteten Räumlichkeiten)**

**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_ **Police:** \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. (G): \_\_\_\_\_ (Privat): \_\_\_\_\_ (Natel / Fax): \_\_\_\_\_

Ihr Postcheckkonto: \_\_\_\_\_ Bank, Ort: \_\_\_\_\_  
 Nr. \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ MWSt-Nr.: \_\_\_\_\_  
 IBAN : \_\_\_\_\_

Sind Sie rechtsschutzversichert ?  ja  nein  
 Name der Gesellschaft \_\_\_\_\_ Fall angemeldet ?  ja  nein

**Schadenverursacher**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G: \_\_\_\_\_  
 Plz, Ortschaft \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_

Mit Versicherungsnehmer verwandt ?  ja  nein Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
 Lebt er im gleichen Haushalt ?  ja  nein  
 Ist die Person bei Ihnen angestellt ?  ja  nein Angestellt als \_\_\_\_\_

Falls anderer Verursacher, um wen/was handelt es sich ? \_\_\_\_\_

**Ereignis/Unfall**

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit (0-24): \_\_\_\_\_ Ort - Postleitzahl \_\_\_\_\_  
 Str./Flurname: \_\_\_\_\_ - Ortschaft \_\_\_\_\_

Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja Behörde: \_\_\_\_\_  
 nein

**Hergangsbeschreibung**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ihre Einschätzung**

Ist Ihrer Ansicht nach das Schadenereignis zurückzuführen:  
 auf Verschulden Ihrerseits, eines Ihrer Familienangehörigen oder Angestellten ?  
 auf Verschulden des Geschädigten ?  
 auf Verschulden eines Dritten ? Personalien \_\_\_\_\_  
 auf unrichtige Anordnungen oder mangelhaftes Material oder fehlerhafte Einrichtung ?

Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_ Police: \_\_\_\_\_

**Schaden an gemieteten Räumlichkeiten**

Beschädigte Sachen	Eigentümer Name, Adresse, Tel.-Nr.	Schadenhöhe (ca. Fr.)	Andere Versicherungen (Wasser, Glas, usw.)

**Unentbehrliche Auskünfte**

Seit wann sind Sie Mieter dieser Räumlichkeit ? \_\_\_\_\_ Datum der letzten Renovation ? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Einzug ein Übernahmeprotokoll erstellt ?  ja  nein  
Falls ja, bitte Kopie beilegen.

Verlassen Sie demnächst diese Räumlichkeit ?  ja  nein Wann \_\_\_\_\_  
Falls Sie die Räumlichkeit bereits verlassen haben, bitte Kopie des Abgabeprotokoll beilegen.

Ist der Geschädigte mit Ihnen bzw. mit dem Schadenverursacher verwandt ?  ja  nein  
Wenn ja, inwiefern \_\_\_\_\_

Leben Sie mit den Geschädigten im gleichen Haushalt ?  ja  nein

**Bemerkungen/Zeugen** (Name, Adresse, Tel.- Nr.)

---



---



---



---

Der/die Unterzeichnete ermächtigt hiermit die Gesellschaft, im erforderlichen Umfang Angaben über einen Schadenfall oder ein anderes anspruchsbegründendes Ereignis anderen Versicherern in der Schweiz und im Ausland namentlich Mit- oder Rückversicherern, mitzuteilen. Ferner darf Gesellschaft von diesen Stellen Auskünfte einholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten nehmen. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Anerkennung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen.

Der Versicherte entbindet Spitäler, Ärzte, Behörden, Versicherungsgesellschaften oder -einrichtungen vom Berufsgeheimnis und ermächtigt letztere, der Gesellschaft alle im Zusammenhang mit einem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_