

SCHADENANZEIGE	An die	
	Versicherung Schadensabteilung	
HAFTPFLICHT		

Polizzenummer

Versicherungsnehmer

Name

Telefon

Anschrift

Beruf /
Gewerbe

Angaben zum Ereignis

Schadensort

Schadentag

Uhrzeit

Was ist passiert? (Schilderung und Skizze)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> Aktenzahl </td> </tr> </table>	Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____	Aktenzahl
Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____	Aktenzahl	
Wen trifft Ihrer Meinung nach ein Verschulden?		

Zeugen des Vorfalles	
Name	Telefon
Anschrift	
Anspruchsteller	
Name	Telefon
Anschrift	
Was wurde beschädigt?	
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen	
- zur Benützung, Beförderung, Verwahrung übernommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bearbeitung oder - gepachtet,
gemietet? nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- in Gewahrsam?	- geleast, entliehen? nein

Wurde jemand verletzt?

nein ja, nämlich

Name	Telefon
Anschrift	
Art der Verletzung	

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? nein ja In welchem Grad?

Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Gesellschafters?
 ja nein

Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?
 ja nein

Sonstige Informationen (Weitere Beteiligte, Zeugen, usw.)

Empty box for additional information.

Ich / Wir ermächtige / n die oben genannte Versicherungsgesellschaft in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten und Unterlagen bei Behörden (Polizei, Gericht, Krankenhäuser, udgl.) Einsicht zu nehmen.

Datum Versicherungsnehmers	Unterschrift des
-------------------------------	------------------