All in One
Versicherungstreuhand AG

Im Zentrum, 8105 Regensdorf info@allinone-vt.ch www.allinone-vt.ch

Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

Gesellschaft:

Schaden-Nr.
(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)

Police-Nr.

Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse	Telefon / Fax	Zuständige Person / E-mail direkt

Bankverbindung: KtoNr
BankPC
Clearing
PC (VN)

MWSt-pflichtig? Ja Nein
MWSt-Nr.

1. Schadenereignis

Schadendatum	Schadenzeit	Schadenort	Polizeirapport	Polizeidienststelle / Person
			Ja Nein	

2. Schadenhergang

Nähere Umstände, Ursache, eventuell Skizzen (auch ausfüllen wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)

Skizze

Sind Sie rechtsschutzversichert? Ja Nein Gesellschaft _____ Ist der Fall angemeldet? Ja Nein

3. Schadenverursacher

Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Vorname, Adresse)

Geburtsdatum _____ Beruf / beschäftigt als _____

Ist diese Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt? Ja Nein Verwandtschaftsgrad _____

Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt? Ja Nein Stellung im Betrieb _____

4. Ihre Ansicht zur Schadenursache

Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen? Begründung:

a) Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen _____

b) Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angehörigen, Angestellten _____

c) Verschulden des Geschädigten oder einer *Drittperson _____

* Name, Vorname, Adresse dieser Person _____

5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse, Telefon

a) _____

b) _____

c) _____

All in One
Versicherungstreuhand AG

Im Zentrum, 8105 Regensdorf info@allinone-vt.ch www.allinone-vt.ch

6. Körperverletzung oder Tötung von Personen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a)				
b)				
c)				

Worin besteht die Verletzung dieser Peronen?	Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?
a)		
b)		
c)		

7. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Geschätzter Schaden (Total) CHF 0

Welche Sachen sind beschädigt worden?	Alter / Jg.	Worin besteht die Beschädigung?	Schadenhöhe
a)			
b)			
c)			
d)			

Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer des Eigentümers

a)
b)
c)
d)

Bei welcher Gesellschaft versichert? (Feuer-/Wasser-/Kaskovers. etc.)	Besichtigungsort / Reparaturfirma
a)	
b)	
c)	
d)	

8. Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt?	Ja	Nein	Verwandtschaftsgrad?	
Sind die Geschädigten in Ihren Diensten?	Ja	Nein	In welcher Eigenschaft?	
Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?	Ja	Nein	In welcher Eigenschaft?	
Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt?	Ja	Nein		
Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?	Ja	Nein	Name des Konsortiums?	
Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?	Ja	Nein	In welcher Höhe? CHF	

9. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigit die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (wie Akten des Administrativverfahrens, Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA / AHV / IV usw.) Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in