

Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand
Strasse		PC- oder Bankkonto	
PLZ/Ort		Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	MWSt-Nr.	
Fax	E-Mail		

Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

<input type="checkbox"/> Feuerversicherung (Brand-, Blitzschlag-, Elementarschäden, Fragen 1, 2, 4)	<input type="checkbox"/> Diebstahlversicherung (Fragen 1, 3, 4)
<input type="checkbox"/> Wasserversicherung (Fragen 1, 2, 4)	<input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung (Fragen 1, 7, 8)
<input type="checkbox"/> Glasversicherung (Fragen 1, 5, 6)	

Schadenereignis ¹

Datum	Zeit (0-24)	Ort
Strasse		Amtliche Tatbestandsaufnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Inkl. Stockwerk, Raum		Durch wen?

Hergang ¹ (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Bestehen für das Ereignis noch andere Versicherungen (z. B. Reisegepäck-, Wertsachen-, Ski-, Kaskoversicherung usw.) nein ja

Gesellschaft

Police-Nr.

Fragen betreffend die Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung ²

Welche Rettungsmaßnahmen wurden bereits getroffen? Ist jemand für den Schaden verantwortlich? nein ja

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden? Wer?

Fragen betreffend die Diebstahlversicherung ³

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss? nein ja Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse

Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen ⁸

<p>a) Name/Vorname _____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Beruf _____</p> <p>Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____</p> <p>_____</p>	<p>Zivilstand _____</p> <p>Arbeitgeber _____</p> <p>Worin besteht die Verletzung _____</p> <p>_____</p>
<p>b) Name/Vorname _____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Beruf _____</p> <p>Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____</p> <p>_____</p>	<p>Zivilstand _____</p> <p>Arbeitgeber _____</p> <p>Worin besteht die Verletzung _____</p> <p>_____</p>
<p>Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wie? _____</p>	<p>Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse? _____</p> <p>_____</p>

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren ⁸

<p>Gegenstand 1</p> <p>Art der Beschädigung _____</p> <p>Name/Vorname des Eigentümers _____</p> <p>_____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>_____</p>	<p>Standort _____</p> <p>Vermutliche Schadenhöhe CHF _____</p> <p>_____</p> <p>Bei welcher Gesellschaft versichert? _____</p> <p>_____</p> <p>MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>MWST-Nr. _____</p>
<p>Gegenstand 2</p> <p>Art der Beschädigung _____</p> <p>Name/Vorname des Eigentümers _____</p> <p>_____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>_____</p>	<p>Standort _____</p> <p>Vermutliche Schadenhöhe CHF _____</p> <p>_____</p> <p>Bei welcher Gesellschaft versichert? _____</p> <p>_____</p> <p>MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>MWST-Nr. _____</p>
<p>Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wie? _____</p>	<p>_____</p>

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Versicherten (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer) _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Bitte Formular ausfüllen, ausdrucken und mit Originalunterschrift an Ihr VTL-Büro senden.