

## Haftpflichtversicherung

### Schadenanzeige

(Für Motorfahrzeugunfälle spezielle Anzeigeformulare verwenden)

Gesellschaft

Police-Nr.

### Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand	
Firma		PC- oder Bankkonto		
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in		
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.		
Tel. P.	Mobil	Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	Wo?		
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<hr/>		<hr/>		
<hr/>		<hr/>		

Sofern das Ereignis durch einen Ihrer Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbeigeführt worden ist

Name/Vorname		Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse		Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer	
PLZ/Ort		<hr/>	
<hr/>		Stellung im Betrieb	
<hr/>		<hr/>	

### Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines	
Strasse		Unternehmerkonsortiums?	
PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<hr/>		Name und Adresse des Konsortiums	
<hr/>		<hr/>	
Amtliche Tatbestandsaufnahme		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Durch wen?			
<hr/>			

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Skizze

Bei elektronischem Versand bitte Skizze separat per Fax oder email senden

### Zeugen

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
b) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
c) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail

### Ihre Ansicht zur Schadenursache

<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Begründung
<input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Angestellten	
<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten	
<input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson	
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

### Verletzung oder Tötung von Personen

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum <small>(leer lassen)</small>
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	<small>(leer lassen)</small>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		

b) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum <small>(leer lassen)</small>
Strasse	Arbeitgeber	
PLZ/Ort	Worin besteht die Verletzung? <small>(leer lassen)</small>	
Beruf	Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	Wie?	
Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren**

Gegenstand 1	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF <small>(leer lassen)</small>
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.
Gegenstand 2	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF <small>(leer lassen)</small>
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.
Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie?

**Ergänzungsfragen**

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie?	In welcher Eigenschaft?
Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?	Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?
	In welcher Höhe? CHF

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigen die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Sie sind 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 Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

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