

## Schadenanzeige für die allgemeine Haftpflichtversicherung

Geschäftsstelle:

Police-Nr.:

**Versicherungsnehmer/in**

1	Name/Firma	Vorname	Zivilstand
2	Beruf oder Betrieb		Telefon    Geschäft    Privat
3	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		E-Mail
4	Postkonto	Bankverbindung	
5	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?    Nein Ja, Mehrwertsteuer-Nummer		

**Wer hat den Schaden verursacht?** (Nur ausfüllen, wenn es **nicht** der/die Versicherungsnehmer/in selbst war)

6	Name	Vorname	Geburtsdatum
7	Beruf / beschäftigt als		Telefon
8	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		

**Was hat sich ereignet?**

9	Schadendatum	Zeit	vormittags nachmittags
10	Schadenort (genaue Bezeichnung von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.)		
11	Auf welche Weise ist der Schaden entstanden? (Genaue Schilderung, eventuell kleine Skizze)		
12	Trifft jemanden ein Verschulden?	Ja Nein	Wen?
	Inwiefern?		
13	Zeugen? (Namen und Adressen)		
14	Ist ein Polizeirapport erstellt worden, oder hat sonst eine amtliche Untersuchung stattgefunden?	Ja Nein	Durch welche Stelle?

**Wer wurde verletzt?**

(Nur ausfüllen bei Körperverletzung; bei mehreren Verletzten: Angaben bitte auf Zusatzblatt)

15	Name	Vorname	Geburtsdatum
16	Beruf / Stand		Telefon
17	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		
18	Art der Verletzung		
19	Beigezogener Arzt oder Spital		
20	Besteht eine Unfallversicherung? (z. B. Privat, UVG)	Nein Ja, bei	

**Was wurde beschädigt?**

(Bitte bei Sachbeschädigung oder Verletzung von Tieren ausfüllen)

21	Um welche Gegenstände / Tiere handelt es sich?		
22	Welcher Art ist die Beschädigung?		
23	Wem gehören sie? Name	Beruf	
24	Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		Telefon
25	Wo können die Sachen besichtigt werden?		
26	Wie hoch wird der Schaden geschätzt?		Von wem geschätzt?
27	Waren die Sachen Ihnen oder jemandem, für die/den Sie verantwortlich sind, aus folgenden Gründen übergeben worden: Miete    Gebrauchsleihe    Reparatur    Bearbeitung    Aufbewahrung    Auftrag    Beförderung    Be-/Entladen oder aus welchem sonstigen Grund?		

**Weitere Fragen**

(Bitte in jedem Fall beantworten)

28	Wenn mehrere am Schaden beteiligt sind: Name und Adresse (Strasse, PLZ, Ort) des/der Mitbeteiligten		
	Wo ist sie/er / sind sie haftpflichtversichert?		
29	Sind Sie oder der/die Schadenverursacher/in mit dem/der Verletzten/Geschädigten verwandt oder verschwägert?	Nein Ja, Verwandtschaftsgrad	
30	Lebt der/die Verletzte/Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?	Ja Nein	Steht der/die Verletzte/Geschädigte bei Ihnen in Arbeit? Ja Nein
31	Sind bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden?	Ja Nein	Von wem, welche?

**Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin**

32	Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft, Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, an andere Versicherer und an sonstige Dritte weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Gesellschaft. Die versicherte/unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen sowie sonstige Dritte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Gesellschaft oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.	
33	Ort und Datum	Unterschrift

**Von der Geschäftsstelle der NATIONAL VERSICHERUNG auszufüllen:**

A	Kenntnis vom Schaden seit:
B	Mitbeteiligte Versicherungen (Haftpflicht, UVG, Unfall-, Kasko-, Sachversicherung):
C	Massnahmen: Arztbericht, Expertise, Polizeirapport usw.
D	Bemerkungen: