

Gebäudesach- und Gebäudehaftpflichtversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon 0800 809 809

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname	PC- oder Bankkonto
Strasse	Bank/Filiale in
PLZ/Ort	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail)	MWST-Nr.
_____	_____

Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

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

Schadenereignis¹

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

Hergang¹ (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Bestehen für das Schadenereignis noch andere Versicherungen?	Gesellschaft
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr.
_____	_____

Fragen betreffend die Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung²

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?	Ist jemand für den Schaden verantwortlich?
_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?	Wer?
_____	_____

Fragen betreffend die Diebstahlversicherung³

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?	Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse?	_____
_____	_____

Schäden an Gebäuden⁴

Stockwerk	Raum	Art des Schadens, notwendige Reparaturarbeiten	Rep.-Kosten CHF
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurde die Reparatur bereits in Auftrag gegeben? nein ja, die Reparatur wird ausgeführt durch:

Name/Vorname _____ Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail) _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Gebäudeeigentümer _____ (leer lassen)

Schadenaufstellung bewegliche Sachen⁴ (Geräte, Materialien usw.)

(Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis CHF	Ankaufsort	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Eigentümer der betroffenen Sachen (Eigentumsvorbehalte usw.) _____ (leer lassen)
Name/Vorname _____ Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail) _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Mietertragsausfallschäden⁵

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch ein Mietertragsausfall? nein ja _____
Ist dieser versichert? nein ja _____
Police-Nr. _____

Glasschäden⁶

Anzahl	Genaue Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Eigentümer der beschädigten Gläser _____ (leer lassen)
Name/Vorname _____ Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail) _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Wurde die Reparatur bereits in Auftrag gegeben? nein ja, die Reparatur wird ausgeführt durch: _____ (leer lassen)
Name/Vorname _____ Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail) _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Fragen betreffend die Gebäudehaftpflichtversicherung⁷

Sind Sie rechtsschutzversichert? nein ja

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Erreichbar unter (Telefon, Mobil, Fax oder E-Mail)

Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer

Stellung im Betrieb des Versicherungsnehmers

Schadenursache

Verschulden des Schadenverursachers

Verschulden des Geschädigten

Fehlerhafte Einrichtungen usw.

Begründung der Schadenursache

Sind die Geschädigten mit dem Verursacher des Schadens verwandt? nein ja

Wenn ja, wie?

Sind die Geschädigten in Ihrem Dienste oder im Dienste des Schadenverursachers? nein ja

Wenn ja, in welcher Eigenschaft?

Verletzung oder Tötung von Personen⁸

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Beruf

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Weitere verletzte/getötete Personen bitte auf Zusatzblatt aufführen.

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?

nein ja

Zivilstand

Geb.-Datum

(leer lassen)

Arbeitgeber

Worin besteht die Verletzung?

(leer lassen)

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse?

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren⁸

Gegenstand

Art der Beschädigung

Name/Vorname des Eigentümers

Strasse

PLZ/Ort

Standort

Vermutliche Schadenhöhe CHF

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert?

MWST-pflichtig nein ja

Wenn ja, MWST-Nr.

Der/die Unterzeichnete(n) ist/sind damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten beschafft und bearbeitet. Dies beinhaltet auch die Einholung von Auskünften bei Drittpersonen. Falls erforderlich, werden die Daten an involvierte Dritte, namentlich Mit-, Rück- und andere beteiligte Versicherer sowie Pfandgläubiger, weitergeleitet. Zudem können zur Durchsetzung von Regressansprüchen Informationen an haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherung weitergegeben werden. Ebenso wird die Winterthur ermächtigt, bei Amtsstellen sachdienliche Auskünfte einzuholen und in amtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit sie den angemeldeten Schadenfall betreffen. Die Winterthur verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers