

Haftpflichtversicherung

Schadenanzeige (Für Motorfahrzeugunfälle spezielle Anzeigeformulare verwenden)

Für sofortige Schadenmeldung Telefon **0800 809 809**

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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Name/Vorname _____		Geburtsdatum _____	Zivilstand _____
Strasse _____		Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer _____	
PLZ/Ort _____		_____	
_____		Stellung im Betrieb _____	
_____		_____	

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
_____		Name und Adresse des Konsortiums _____
_____		_____
Amtliche Tatbestandsaufnahme _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Durch wen? _____		_____

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

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 (leer lassen)
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	(leer lassen)
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		

b) Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Beruf

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?

nein ja

Wie?

Zivilstand

Geb.-Datum

(leer lassen)

Arbeitgeber

Worin besteht die Verletzung?

(leer lassen)

Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Gegenstand 1

Art der Beschädigung

Name/Vorname des Eigentümers

Strasse

PLZ/Ort

Gegenstand 2

Art der Beschädigung

Name/Vorname des Eigentümers

Strasse

PLZ/Ort

Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?

nein ja

Wie?

Standort

Vermutliche Schadenhöhe CHF

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert?

MWST-pflichtig nein ja

MWST-Nr.

Standort

Vermutliche Schadenhöhe CHF

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert?

MWST-pflichtig nein ja

MWST-Nr.

Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat,

verwandt? nein ja

Wie?

Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?

Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?

nein ja

In welcher Eigenschaft?

Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?

In welcher Höhe? CHF

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Winterthur Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie sind damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen AG die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten beschafft und bearbeitet. Dies beinhaltet auch die Einholung von Auskünften bei Drittpersonen. Gegebenenfalls werden die Daten an involvierte Dritte, namentlich Mit-, Rück- und andere beteiligte Versicherer weitergeleitet. Zudem können zur Durchsetzung von Regressansprüchen Informationen an haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherung weitergegeben werden. Ebenso wird die Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen AG ermächtigt, bei Amtsstellen sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit sie den angemeldeten Schadenfall betreffen. Die Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers