Schadenanzeige Betriebshaftpflicht-Versicherung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsnehmer** |  | | | |
|  |  | | | |
| **Zuständige Person** |  | | | |
|  |  | | | |
| **Strasse** |  | | | |
|  |  | | | |
| **PLZ / Ort** |  | | | |
|  |  | | | |
| **Telefon-Nr.** |  | **MwST-pflichtig** | ja | nein |
|  |  | | | |
| **PC- oder Bankkonto** |  | **Bank/Filiale** |  | |
|  |  | | | |
| **Versicherungsgesellschaft** |  | | | |
|  |  | | | |
| **Policen-Nummer** |  | | | |
|  |  | | | |

1. Schadenereignis

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Uhrzeit: |  | Ort und Strasse: |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden? | | | | | ja | nein |
|  | | | | |  |  |
| Wenn ja, durch wen? | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Schadenhergang: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden. | | | | | | |

1. Zeugen

|  |  |
| --- | --- |
| Namen, Vornamen | a) |
|  |  |
| Tel.-Nr. und | b) |
|  |  |
| Adressen | c) |

1. Ihre Ansicht zur Schadenursache

|  |  |
| --- | --- |
| Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen | Begründung: |
|  |  |
| Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angeh., Angestellten |  |
|  |  |
| Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson |  |

1. Verletzung oder Tötung von Personen

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Verletzter: Name und Vorname | 2. Verletzter: Name und Vorname |
|  |  |
|  |  |
| Adresse, Tel. Nr. | Adresse, Tel. Nr. |
|  |  |
|  |  |
| Beruf, bzw. beschäftigt als | Beruf, bzw. beschäftigt als |
|  |  |
|  |  |
| Arbeitgeber | Arbeitgeber |
|  |  |
|  |  |
| Geburtsdatum, Zivilstand | Geburtsdatum, Zivilstand |
|  |  |
|  |  |
| Worin besteht die Verletzung? | Worin besteht die Verletzung? |
|  |  |
|  |  |
| Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes | Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes |
|  |  |
|  |  |
| Arbeitunfähig seit / Grad | Arbeitunfähig seit / Grad |
|  |  |
|  |  |
| Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? | Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? |
|  |  |
|  |  |

1. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (wie auch Schäden an Tieren)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Geschädigter: Name und Vorname | | 2.Geschädigter: Name und Vorname | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Adresse, Tel. Nr. | | Adresse, Tel. Nr. | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? | | Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Marke, Typ, Kontrollschild, Stammnummer)? | | Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Marke, Typ, Kontrollschild, Stammnummer)? | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Kann die beschädigte Sache repariert werden? | | Kann die beschädigte Sache repariert werden? | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Standort der beschädigten Sache | | Standort der beschädigten Sache | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) | | Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? | | Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | | Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | | |
|  | | |  | |
| Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen | Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen |
|  | |  | | |
| Gesellschaft? | | Gesellschaft? | | |

1. Ergänzende Fragen

Welche versicherte Person hat den Schaden verursacht?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname: |  | | |
|  |  | | |
| Adresse, Tel. Nr. |  | | |
|  |  | | |
| Geburtsdatum |  | | |
|  |  | | |
| Verwandtschaftsgrad / Stellung im Betrieb |  | | |
|  |  | | |
| Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten? | | ja | nein |
|  | |  |  |
| Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? | | ja | nein |
|  | |  |  |
| Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? | | ja | nein |
|  | |  |  |
| Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft oder eines Konsortiums? | | ja | nein |
|  | |  |  |
| (Wenn ja, Name) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Trifft eine weitere Person eine Mitschuld an diesem Ereignis? | | ja | nein |
|  | |  |  |
| (Wenn ja, wer und aus welchem Grund?) | | | |
|  | | | |
|  | | | |

1. Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer).

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum: | Unterschrift des Versicherungsnehmers: |
|  |  |