

Schadenanzeige Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Feuerversicherung (Brand- Blitzschlag, Elementarschaden) | <input type="checkbox"/> Wasserversicherung |
| <input type="checkbox"/> Diebstahlversicherung | <input type="checkbox"/> Glasversicherung |
| <input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Kaskoversicherung (All Risk) |

Versicherungsnehmer

Anrede / Titel	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/> <input type="text"/>
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Mobile / Fax	<input type="text"/> <input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>
MWST-Nummer	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Strasse, Nr	<input type="text"/>
Stockwerk, Raum	<input type="text"/>	Land, PLZ, Ort	<input type="text"/>
Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Durch wen?	<input type="text"/>
Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen		(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	<input type="text"/>

Hergang

(bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

Bestehen für das Ereignis noch andere Versicherung? Z. Bsp. Reisegepäck-, Wertsachen-, Ski-, Kaskoversicherung usw.) ja nein

Versicherer Policennummer

Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-), Kasko- und Wasserversicherung

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?

Ist jemand für den Schaden verantwortlich? ja nein

wer?

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?

Diebstahlversicherung

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss? ja nein

Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Schadenaufstellung für Schäden zur Feuer-, Wasser-, Kasko und Diebstahlversicherung

Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	Kaufort	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Glasversicherung

Der Schaden betrifft: Gebäudeverglasung Mobiliarverglasung Beleuchtungsanlage Lavabo, Spültrog usw.

Name und Adresse des
 Reparateurs

Wer ist für den Schaden
 verantwortlich?

Schadenaufstellung für Schäden zur Glasversicherung

Eigentümer der beschädigten Gläser

Anzahl	Genau Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Privathaftpflichtversicherung

Sind Sie rechtsschutzversichert? ja nein Versicherer / Policennummer

Ihre Ansicht zur Schadenursache

Schadenursache

Fehlerhafte Einrichtungen usw. Verschulden des Geschädigten
 Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte Verschulden einer Drittperson

Begründung

Schadenverursacher

Name, Vorname Telefon G / Mobile

Strasse, Nr. Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Name, Vorname Telefon G / Mobile

Strasse, Nr. Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Verursacher Zeuge

Name, Vorname Telefon G / Mobile

Strasse, Nr. Geburtsdatum / E-Mail

PLZ, Ort ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Verursacher Zeuge

Name, Vorname Telefon G / Mobile

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum / E-Mail

ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie

Verursacher Zeuge

Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen

Anrede

Name, Vorname

Strasse, Nr

PLZ, Ort

Worin besteht die Verletzung?

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

Versicherer/Krankenkasse

Telefon G / Telefon P

Mobile

E-Mail

Arbeitgeber

Zivilstand / Geburtsdatum

Beruf

Geschädigter ist mit Halter verwandt

Verwandtschaftsgrad

Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers

Stellung

Anrede

Name, Vorname

Strasse, Nr

PLZ, Ort

Worin besteht die Verletzung?

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

Versicherer/Krankenkasse

Telefon G / Telefon P

Mobile

E-Mail

Arbeitgeber

Zivilstand / Geburtsdatum

Beruf

Geschädigter ist mit Halter verwandt

Verwandtschaftsgrad

Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers

Stellung

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Gegenstand

Art der Beschädigung

Name des Eigentümers

PLZ, Ort

Schätzung Schadenhöhe

Standort (Besichtigungsort)

Gegenstand versichert bei

Strasse, Nr.

Telefon G / Telefon P

Mobile	<input type="text"/>	MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	<input type="text"/>	MWST-Nummer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Halter verwandt		Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Gegenstand	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Standort (Besichtigungsort)	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>	Gegenstand versichert bei	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Strasse, Nr.	<input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Halter verwandt		MWST-Nummer	<input type="text"/>
		Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten (sofern nicht indentisch mit dem VN)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>