



VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG - Rieden 1 - 6390 Stans - 0041 41 619 10 60 - info@insurancezentrum.ch

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Schadenmeldung Haftpflichtversicherung</b> |   | <b>Schaden-Nr.</b><br><small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>        |
|   |   | <b>Police-Nr.</b>  |
| <b>Versicherungsnehmer</b>                    | <b>Korrespondenzadresse</b> Telefon / Fax<br>VIZ von Holzen 041 619 10 60<br>Insurance Zentrum AG 041 619 10 65<br>Rieden 1<br>6370 Stans | Zuständige Person / E-mail direkt  |
|   | Bankverbindung: KtoNr   | MWSt-pflichtig?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein<br>MWSt-Nr. |
|   | BankPC<br>Clearing  |  |
|   | PC (VN)   |  |

**1. Schadenereignis**

|              |             |            |   |                              |
|--------------|-------------|------------|---|------------------------------|
| Schadendatum | Schadenzeit | Schadenort | Polizeirapport<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Polizeidienststelle / Person |
|--------------|-------------|------------|---|------------------------------|

**2. Schadenhergang**

Nähere Umstände, Ursache, eventuell Skizzen (auch ausfüllen wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)

|  |               |
|--|---------------|
|  | <b>Skizze</b> |
|  |               |

Sind Sie rechtsschutzversichert?  Ja  Nein Gesellschaft \_\_\_\_\_ Ist der Fall angemeldet?  Ja  Nein

**3. Schadenverursacher**

Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Vorname, Adresse) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf / beschäftigt als \_\_\_\_\_

Ist diese Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt?  Ja  Nein Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt?  Ja  Nein Stellung im Betrieb \_\_\_\_\_

**4. Ihre Ansicht zur Schadenursache**

|   |             |
|---|-------------|
| Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen?             | Begründung: |
| a) Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen     | _____       |
| b) Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angehörigen, Angestellten | _____       |
| c) Verschulden des Geschädigten oder einer *Drittperson         | _____       |
| * Name, Vorname, Adresse dieser Person _____                    |             |

**5. Zeugen**

Name, Vorname, Adresse, Telefon

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_



VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG - Rieden 1 - 6390 Stans - 0041 41 619 10 60 - info@insurancezentrum.ch

**6. Körperverletzung oder Tötung von Personen**

|   |  |         |   |                |
|---|--|---------|---|----------------|
| Name / Vorname                                | Geburtsdat.                                  | Adresse | Beruf   | Arbeitgeber/in |
| a) _____                                      | _____  | _____   | _____   | _____          |
| b) _____                                      | _____  | _____   | _____   | _____          |
| c) _____                                      | _____  | _____   | _____   | _____          |
| Worin besteht die Verletzung dieser Personen? | Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals |         | Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?<br>Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse? |                |
| a) _____                                      | _____  |         | _____   |                |
| b) _____                                      | _____  |         | _____   |                |
| c) _____                                      | _____  |         | _____   |                |

**7. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren**

|   |             |                                   |                                 |             |
|---|-------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------|
|   |             |                                   | Geschätzter Schaden (Total) CHF |             |
| Welche Sachen sind beschädigt worden?                                 | Alter / Jg. | Worin besteht die Beschädigung?   |                                 | Schadenhöhe |
| a) _____  | _____       | _____                             |                                 | _____       |
| b) _____  | _____       | _____                             |                                 | _____       |
| c) _____  | _____       | _____                             |                                 | _____       |
| d) _____  | _____       | _____                             |                                 | _____       |
| Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer des Eigentümers              |             |                                   |                                 |             |
| a) _____  |             |                                   |                                 |             |
| b) _____  |             |                                   |                                 |             |
| c) _____  |             |                                   |                                 |             |
| d) _____  |             |                                   |                                 |             |
| Bei welcher Gesellschaft versichert? (Feuer-/Wasser-/Kaskovers. etc.) |             | Besichtigungsort / Reparaturfirma |                                 |             |
| a) _____  |             | _____                             |                                 |             |
| b) _____  |             | _____                             |                                 |             |
| c) _____  |             | _____                             |                                 |             |
| d) _____  |             | _____                             |                                 |             |

**8. Ergänzungsfragen**

|   |                             |                               |                         |           |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------|
| Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Verwandtschaftsgrad?    | _____     |
| Sind die Geschädigten in Ihren Diensten?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | In welcher Eigenschaft? | _____     |
| Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | In welcher Eigenschaft? | _____     |
| Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                         |           |
| Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Name des Konsortiums?   | _____     |
| Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | In welcher Höhe?        | CHF _____ |

**9. Bemerkungen**

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

**Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (wie Akten des Administrativverfahrens, Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA / AHV / IV usw.) Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.**

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_