Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |  |
| **Policen-Nummer** |  |
| **Schaden-Nummer** |  |

# Versicherungsnehmer

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname / Firma |  |
| Ansprechpartner |  |
| Adresse |  |
| Telefon | E-Mail |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. |  |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | Ja  Nein |

**Schadenereignis**

|  |  |
| --- | --- |
| Schadendatum / Zeit | Zeit |
| Schadenort / Strasse |  |
| Genaue Beschreibung des Herganges (kurze Schilderung) |  |

# Verursacher / Ursache

|  |  |
| --- | --- |
| Schadenverursacher (Name, Adresse) |  |
| Geburtsdatum |  |
| Telefon | E-Mail |
| Stellung im Betrieb |  |
| Ist der Verursacher mit dem Versiche- rungsnehmer verwandt | Ja Verwandtschaftsgrad        Nein |
| Sind die Geschädigten mit dem Versiche- rungsnehmer verwandt | Ja Verwandtschaftsgrad        Nein |
| Zeugen (Name, Adresse) |  |

Schadenursache

Verschulden des Schadenverursachers  Verschulden des Geschädigten  Fehlerhafte Einrichtungen etc.

Wenn ja, von welcher Polizeistelle

|  |  |
| --- | --- |
| Begründung |  |
| Ist ein Polizeirapport aufgenommen  worden | Ja Wann        Nein |

# Verletzung oder Tötung von Personen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname, Adresse** | **Geb.- Datum** | **Zivil- stand** | **Beruf** | | **Arbeitgeber** |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Art der Verletzung** | **Arzt / Spital (Name, Adresse)** | | | **\*** | **Bei welcher Gesell- schaft versichert** |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |

**\*** Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert (X wenn ja)

# Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (auch von Tieren)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beschädigter Gegenstand** | **Name, Adresse des Eigentümers** | | **Telefon** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Art der Beschädigung** | **Standort** | **Schaden- höhe** | **Bei welcher Gesell- schaft versichert** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden |  | | |

Wie alt sind die beschädigten Sachen

**Beiliegende Unterlagen (eventuell separat senden)**

Vorkorrespondenz  Kauf-, Werk-, Liefervertrag

Kaufbelege oder Offerten  Anwendbare Geschäftsbedingungen  Fotos

# Bemerkungen

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und me- dizinischen Akten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an [info@360-virtus.ch](mailto:info@360-virtus.ch%20) oder per Post. Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.