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 aufgenommenworden | [ ]  Ja Wann       [ ]  Nein |

# Verletzung oder Tötung von Personen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname, Adresse** | **Geb.- Datum** | **Zivil- stand** | **Beruf** | **Arbeitgeber** |
| 1.
 |        |        |        |        |
| 1.
 |        |        |        |        |
| 1.
 |        |        |        |        |
| 1.
 |        |        |        |        |
| **Art der Verletzung** | **Arzt / Spital (Name, Adresse)** | **\*** | **Bei welcher Gesell- schaft versichert** |
| 1.
 |        | [ ]  |        |
| 1.
 |        | [ ]  |        |
| 1.
 |        | [ ]  |        |
| 1.
 |        | [ ]  |        |

**\*** 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 oder per Post. Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.