

Haftpflichtversicherung

Schadenanzeige (Für Motorfahrzeugunfälle spezielle Anzeigeformulare verwenden)
Für sofortige Schadenmeldung Telefon **0800 809 809**

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand	
Firma		PC- oder Bankkonto		
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in		
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.		
Tel. P.	Mobil	Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	Wo?		
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sofern das Ereignis durch einen Ihrer Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbeigeführt worden ist

Name/Vorname		Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse		Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer	
PLZ/Ort			
		Stellung im Betrieb	

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines
Strasse		Unternehmerkonsortiums? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		Name und Adresse des Konsortiums
Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Durch wen?		

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

Zeugen

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
b) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
c) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail

Ihre Ansicht zur Schadenursache

<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Begründung
<input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Angestellten	
<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten	
<input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson	
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

Verletzung oder Tötung von Personen

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum
Strasse		(leer lassen)
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		(leer lassen)

b) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum (leer lassen)
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	(leer lassen)
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?	Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wie?		

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Gegenstand 1	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen)
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	
PLZ/Ort	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	MWST-Nr.
Gegenstand 2	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen)
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	
PLZ/Ort	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?	MWST-Nr.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wie?	

Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie?	In welcher Eigenschaft?
Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?	Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?
	In welcher Höhe? CHF

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Winterthur Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigen die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____	_____	_____