

# Haftpflicht- Schadenanzeige

Name und Adresse

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Wir bitten Sie, uns dieses Formular vollständig ausgefüllt wieder zuzustellen. Besten Dank.

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine Rechtsschutzversicherung?  nein  ja Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort angemeldet?  nein  ja

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  nein  ja MwSt.-Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Schadenereignis

Datum \_\_\_\_\_ Zeit (0-24) \_\_\_\_\_ Ort und Strasse \_\_\_\_\_

Schadenhergang \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte wenn möglich Zusatzblatt mit Skizze beilegen.

Auf welche Ursache ist der Schaden zurückzuführen? \_\_\_\_\_

Verursacher (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Beruf/Abeitgeber: \_\_\_\_\_

Trifft eine andere Person eine Mitschuld?  nein  ja Name: \_\_\_\_\_

Polizeirapport  nein  ja, durch welche Polizeistelle? \_\_\_\_\_

## Zeugen

(Namen, Vornamen, Adressen)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

**Sachschäden  
Dritter****Geschädigte:**

1. Geschädigter

2. Geschädigter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Schaden:**

Art des Sachschadens: \_\_\_\_\_

Alter des Gegenstandes: \_\_\_\_\_

Besichtigungsort: \_\_\_\_\_

Ungefähre Schadenhöhe: CHF \_\_\_\_\_

**Bestehen weitere  
Versicherungen für die  
oben erwähnten Sachen?** Teilkasko  Vollkasko Feuer  Diebstahl Glasbruch  Wasserschaden Maschinenbruch  Bauwesen Wertsachenvers.  Reisegepäck \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort  
angemeldet?  ja  nein

CHF \_\_\_\_\_

 Teilkasko  Vollkasko Feuer  Diebstahl Glasbruch  Wasserschaden Maschinenbruch  Bauwesen Wertsachenvers.  Reisegepäck \_\_\_\_\_ ja  nein**Zusatzfragen  
Privathaftpflicht**

Mieterschäden: Mietbeginn: \_\_\_\_\_ Mietende: \_\_\_\_\_ Datum letzte Renovation: \_\_\_\_\_

Leben Sie mit der geschädigten Person in Hausgemeinschaft?  ja  neinSind Sie mit der geschädigten Person verwandt?  ja  nein**Verletzte Personen**Name, Vorname, Adresse  
(Bei mehr als 2 Verletzten bitte Zusatzblatt beilegen) \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_ Beruf des Verletzten \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spitals \_\_\_\_\_ Wo ist die verletzte Person gegen  
Unfall versichert? \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Ersatzansprüche**

Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

 nein  ja \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_**Zahlung an**

Name / Vorname / Adresse: \_\_\_\_\_

 Postcheckkonto: \_\_\_\_\_ Name der Bank und Konto: \_\_\_\_\_**Einwilligung**

1. Ich bevollmächtige die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (im Folgenden Helvetia) im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Daten zu bearbeiten, bei Behörden, Ärzten, Spitälern und weiteren Dritten im In- und Ausland Auskünfte einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen (z. B. bei Privat- und Sozialversicherern wie IV und UVG-Versicherer, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Behörden für Administrativmassnahmen im Strassenverkehr). 2. Die Helvetia darf im Rahmen der Schadenerledigung auch an solche Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte Daten zur Datenbearbeitung übermitteln. 3. Ich entbinde die Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte sowie ihre Hilfspersonen, welche die Helvetia im Zusammenhang mit der Schadenabwicklung um Auskunft ersucht, ausdrücklich vom Amts-, Berufs- und Vertrags-, insbesondere Versicherungsvertragsgeheimnis und ermächtige sie, der Helvetia Auskunft zu erteilen. 4. Ich bevollmächtige die Helvetia im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. 5. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich ohne Bewilligung der Helvetia keinerlei Ansprüche anerkennen darf.

**Unterschrift**Ort / Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift  
der(s) Kundin(en)** \_\_\_\_\_