

## Schadenanzeige Betriebshaftpflicht-Versicherung

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Zuständige Person \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ MwST-pflichtig  ja  nein

PC- oder Bankkonto \_\_\_\_\_ Bank/Filiale \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Policen-Nummer \_\_\_\_\_

### 1. Schadenereignis

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort und Strasse: \_\_\_\_\_

Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden?  ja  nein

Wenn ja, durch wen?

\_\_\_\_\_

Schadenhergang:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

### 2. Zeugen

Namen, Vornamen a) \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. und b) \_\_\_\_\_

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

### 3. Ihre Ansicht zur Schadenursache

- Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen Begründung: \_\_\_\_\_
- Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angeh., Angestellten \_\_\_\_\_
- Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson \_\_\_\_\_

### 4. Verletzung oder Tötung von Personen

1. Verletzter: Name und Vorname

2. Verletzter: Name und Vorname

Adresse, Tel. Nr.

Adresse, Tel. Nr.

Beruf, bzw. beschäftigt als

Beruf, bzw. beschäftigt als

Arbeitgeber

Arbeitgeber

Geburtsdatum, Zivilstand

Geburtsdatum, Zivilstand

Worin besteht die Verletzung?

Worin besteht die Verletzung?

Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes

Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes

Arbeitsunfähig seit / Grad

Arbeitsunfähig seit / Grad

Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?

Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?

### 5. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (wie auch Schäden an Tieren)

1. Geschädigter: Name und Vorname

2. Geschädigter: Name und Vorname

Adresse, Tel. Nr.

Adresse, Tel. Nr.

Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt?

Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt?

Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Marke, Typ, Kontrollschild, Stammnummer)?

Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Marke, Typ, Kontrollschild, Stammnummer)?

Kann die beschädigte Sache repariert werden?

---

Standort der beschädigten Sache

---

Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung)

---

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

---

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teilkasko      | <input type="checkbox"/> Vollkasko     |
| <input type="checkbox"/> Feuer          | <input type="checkbox"/> Diebstahl     |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch      | <input type="checkbox"/> Wasserschaden |
| <input type="checkbox"/> Maschinenbruch | <input type="checkbox"/> Bauwesen      |

Kann die beschädigte Sache repariert werden?

---

Standort der beschädigten Sache

---

Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung)

---

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

---

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teilkasko      | <input type="checkbox"/> Vollkasko     |
| <input type="checkbox"/> Feuer          | <input type="checkbox"/> Diebstahl     |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch      | <input type="checkbox"/> Wasserschaden |
| <input type="checkbox"/> Maschinenbruch | <input type="checkbox"/> Bauwesen      |

Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Gesellschaft? \_\_\_\_\_

## 6. Ergänzende Fragen

Welche versicherte Person hat den Schaden verursacht?

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Stellung im Betrieb \_\_\_\_\_

Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?  ja  nein

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt?  ja  nein

Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?  ja  nein

Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft oder eines Konsortiums?  ja  nein

(Wenn ja, Name)

---

Trifft eine weitere Person eine Mitschuld an diesem Ereignis?  ja  nein

(Wenn ja, wer und aus welchem Grund?)

---

## 7. Bemerkungen

---

---

---

---

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer).

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

---