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. |

1. Zeugen

|  |  |
| --- | --- |
| Namen, Vornamen | a)        |
|  |  |
| Tel.-Nr. und | b)        |
|  |  |
| Adressen | c)        |

1. Ihre Ansicht zur Schadenursache

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

1. 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 |
|        |        |
|  |  |
| Arbeitunfähig seit / Grad | Arbeitunfähig seit / Grad |
|        |        |
|  |  |
| Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? | Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? |
|        |        |
|  |  |

1. 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? | Kann die beschädigte Sache repariert werden? |
|   |        |
|  |  |
| Standort der beschädigten Sache | Standort der beschädigten Sache |
|        |        |
|  |  |
| Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) | Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung) |
|        |        |
|  |  |
| Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? | Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem? |
|        |        |
|  |  |
| Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? |
|  |  |
| [ ]  Teilkasko[ ]  Feuer[ ]  Glasbruch[ ]  Maschinenbruch | [ ]  Vollkasko[ ]  Diebstahl[ ]  Wasserschaden[ ]  Bauwesen | [ ]  Teilkasko[ ]  Feuer[ ]  Glasbruch[ ]  Maschinenbruch | [ ]  Vollkasko[ ]  Diebstahl[ ]  Wasserschaden[ ]  Bauwesen |
|  |  |
| Gesellschaft?        | Gesellschaft?        |

1. 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?) |
|        |
|  |

1. 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: |
|   |        |