

Haftpflichtversicherung

Schadenanzeige (Für Motorfahrzeugunfälle spezielle Anzeigeformulare verwenden)
Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 411 70 80

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand	
Firma		PC- oder Bankkonto		
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in		
Strasse		MWST-pflichtig	nein	ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.		
Tel. P.	Mobil	Sind Sie rechtsschutzversichert?	nein	ja
Tel. G.	Mobil	Wo?		
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	nein	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?	nein	ja
PLZ/Ort		Name und Adresse des Konsortiums		
Amtliche Tatbestandsaufnahme		nein	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

Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Begründung
Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Angestellten	
Verschulden des Geschädigten	
Verschulden einer Drittperson	
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

Verletzung oder Tötung von Personen

a) 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		

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

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

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

Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? _____ nein _____ ja _____ Wie? _____ Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten? _____ nein _____ ja _____	Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? _____ nein _____ ja _____ In welcher Eigenschaft? _____ Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden? _____ nein _____ ja _____ In welcher Höhe? CHF _____
---	--

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Marcel Raymann AG, bzw. der Versicherungsgesellschaft, Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigen die MR AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die MR AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, 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 _____
---------------------	---	---