

## Schadenanzeige Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

Schadenummer  Policennummer  Versicherer

### Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Feuerschaden (Brand- Blitzschlag-, Elementarschaden) | <input type="checkbox"/> Wasserschaden | <input type="checkbox"/> Kaskoschaden (All Risk) |
| <input type="checkbox"/> Diebstahl  | <input type="checkbox"/> Glasschaden   | <input type="checkbox"/> Haftpflichtschaden      |

### Versicherungsnehmer

Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		Zivilstand	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		Bankverbindung	<input type="text"/>
			IBAN	<input type="text"/>

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Strasse, Nr	<input type="text"/>
Stockwerk, Raum	<input type="text"/>		Land, PLZ, Ort	<input type="text"/>
Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbek.	Durch wen?
Bitte leserliche Kopie beilegen				<input type="text"/>
				(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)

### Hergang

### Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-), Wasser- und Kaskoversicherung

Ist jemand für den Schaden verantwortlich?  nein  ja

Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden?

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?

**Diebstahl**

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?

nein  ja, wo?

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

**Schadenaufstellung für Schäden zur Feuer-, Wasser-, Kasko und Diebstahlversicherung** Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Fotos usw. beilegen

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	Kaufort	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Glasversicherung**

Der Schaden betrifft:  Gebäudeverglasung  Mobiliарverglasung  Beleuchtungsanlage  Lavabo, Spültrog usw.

Name und Adresse des  
Reparateurs

Wer ist für den Schaden  
verantwortlich?

**Schadenaufstellung für Schäden zur Glasversicherung**

Eigentümer der beschädigten Gläser

Anzahl	Genau Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Privathaftpflichtversicherung**

Sind Sie rechtsschutzversichert?  nein  ja Gesellschaft

**Ihre Ansicht zur Schadenursache**

- Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen
  Verschulden des Geschädigten  
 Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte
  Verschulden einer Drittperson, bitte Adresse erfassen

Begründung

**Schadenverursacher / Zeugen**

**Schadenverursacher / Zeugen**  
 Name, Vorname   Telefon / Mobile    
 Strasse, Nr.  E-Mail   
 PLZ, Ort  Geburtsdatum   
 ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie   Verursacher  Zeuge

Name, Vorname   Telefon / Mobile    
 Strasse, Nr.  E-Mail   
 PLZ, Ort  Geburtsdatum   
 ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie   Verursacher  Zeuge

Name, Vorname   Telefon / Mobile    
 Strasse, Nr.  E-Mail   
 PLZ, Ort  Geburtsdatum   
 ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie   Verursacher  Zeuge

Name, Vorname   Telefon / Mobile    
 Strasse, Nr.  E-Mail   
 PLZ, Ort  Geburtsdatum   
 ist mit Versicherungsnehmer verwandt, wie   Verursacher  Zeuge

**Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen**

**Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen**  
 Anrede    Telefon / Mobile    
 Name, Vorname  E-Mail   
 Strasse, Nr.  Arbeitgeber, Beruf   
 PLZ, Ort  Zivilstand / Geburtsdatum    
 Worin besteht die Verletzung?   
 Geschädigter ist mit Versicherungsnehmer verwandt  
 Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals   
 Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers  
 Stellung   
 Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert  
 Versicherer/Krankenkasse

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>			Arbeitgeber, Beruf	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>			Zivilstand / Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Geschädigter ist mit Versicherungsnehmer verwandt		
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>			Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>	
				<input type="checkbox"/> Geschädigter steht im Dienst des Versicherungsnehmers		
				Stellung	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert				Versicherer/Krankenkasse	<input type="text"/>	

**Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren**

Gegenstand	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>			Standort (Besichtigungsort)	<input type="text"/>
Name und Adresse des Eigentümers	<input type="text"/>			Gegenstand versichert bei	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Versicherungsnehmer verwandt				E-Mail	<input type="text"/>
				MWST-Nummer	<input type="text"/>
				Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Gegenstand	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>	
Art der Beschädigung	<input type="text"/>			Standort (Besichtigungsort)	<input type="text"/>
Name und Adresse des Eigentümers	<input type="text"/>			Gegenstand versichert bei	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigentümer ist mit Versicherungsnehmer verwandt				E-Mail	<input type="text"/>
				MWST-Nummer	<input type="text"/>
				Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

**Andere Versicherungen**

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis  ja  nein

Deckung	<input type="text"/>	Versicherer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Deckung	<input type="text"/>	Versicherer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>

**Ergänzungen**

---

**Beilagen**

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

---

**Einverständniserklärung**

Der/die Versicherungsnehmer ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wird der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Der/die Versicherungsnehmer hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler bzw. der Versicherungsgesellschaft die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte über die Bearbeitung der ihn betreffenden Daten zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / des Versicherten

Schadenmeldung ohne Unterschrift

