Schadenanzeige

Haftpflichtversicherung

Hinweis

Bitte Schadenanzeige ausgefüllt und unterzeichnet schicken an:

KESSLER & CO AG

Forchstrasse 95

Postfach

CH-8032 Zürich

T +41 44 387 87 11

# Policennummer

Versicherungsnehmer

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname bzw. Firma |  |
| Ansprechperson |  |
| Strasse, PLZ Ort |  |
| Telefon, Mobile, Fax |  |
| E-Mail |  |
| Kontoangaben für die Entschädigung | |
| Name und Ort der Bank |  |
| Kontonummer, Clearingnummer |  |
| IBAN, BIC |  |
| Postkonto |  |
| Kontoinhaber |  |
| Ist Ihr Betrieb vorsteuerabzugsberechtigt?  Ja  Nein | |

Schadenereignis

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Zeit |  |
| Strasse, PLZ Ort |  |
| Telefon, Mobile, Fax |  |
| E-Mail |  |
| Wurde eine amtliche Tatbestandsaufnahme vorgenommen?  Ja  Nein | |
| Hergang  (bitte auch ausfüllen, wenn ein Polizeirapport erstellt wurde und allfällige Rapporte, Skizzen, Fotos beilegen) | |

Schadenverursacher

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | |  |
| Strasse, PLZ Ort | |  |
| Telefon, Mobile, Fax | |  |
| E-Mail | |  |
| Ist diese Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Verwandtschaftsgrad |  |
| Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Stellung im Betrieb |  |

Schadenursache

Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besteht ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienmitgliedes oder eines Angestellten?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja | * Grund |  |
| Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Grund |  |
| Besteht ein Verschulden / Mitverschulden des Geschädigten oder eines Dritten?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Grund |  |
|  | * Name, Vorname |  |
|  | * Adresse, PLZ Ort |  |

Zeugen

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Strasse, PLZ Ort |  |
| Telefon, Mobile, Fax |  |
| E-Mail |  |

Verletzung oder Tötung von Personen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gab es Verletzte / Tote?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Art der Verletzung |  | |
|  | * Name des Arztes / Spital |  | |
| Name, Vorname | |  | |
| Strasse, PLZ Ort | |  | |
| Telefon, Mobile, Fax | |  | |
| Geburtsdatum | |  | |
| Arbeitgeber | |  | |

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (auch von Tieren)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurden fremde Sachen beschädigt oder zerstört?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Welche? |  | |
|  | * Alter |  | |
|  | * Schadenbeschreibung |  | |
|  | * Name des Eigentümers |  | |
|  | * Strasse, PLZ Ort |  | |
|  | * Besichtigungsort |  | |
|  | * Geschätzte Schadenhöhe |  | |

Ergänzungsfragen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stehen die Geschädigten in Ihren Diensten?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja | * In welcher Eigenschaft? |  |
| Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmenskonsortiums?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Name des Konsortiums |  |
| Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?  Ja  Nein | | |
| Wenn ja: | * Forderungen | CHF |

Bemerkungen

Einwilligung

Der / die Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, von anderen in den Schadenfall involvierten Ver­sicherten oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gericht­liche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen sowie Daten an amtliche oder gerichtliche Stellen und an allfällige weitere am Schadenfall beteiligte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rück­versiche­rer) im In- und Ausland zu übermitteln. Der / die Unterzeichnete ist gebeten, ohne vorgängige Rücksprache mit der Versicherungsgesellschaft keine Haftungsansprüche anzuerkennen.

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

|  |
| --- |
| Unterschrift / Stempel des Versicherungsnehmers |