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 |