

Schadenmeldung Haftpflichtversicherung		Schaden-Nr. <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
		Police-Nr.
Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse Telefon / Fax IC Unicon AG 061 716 90 90 Kägenstr. 17 061 716 90 89 Postfach 4153 Reinach 1	Zuständige Person / E-mail direkt
	Bankverbindung: KtoNr	MWSt-pflichtig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein MWSt-Nr.
	BankPC Clearing	
	PC (VN)	

1. Schadenereignis

Schadendatum	Schadenzeit	Schadenort	Polizeirapport <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Polizeidienststelle / Person
--------------	-------------	------------	---	------------------------------

2. Schadenhergang

Nähere Umstände, Ursache, eventuell Skizzen (auch ausfüllen wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)

	Skizze
--	---------------

Sind Sie rechtsschutzversichert? Ja Nein Gesellschaft _____ Ist der Fall angemeldet? Ja Nein

3. Schadenverursacher

Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Vorname, Adresse) _____

Geburtsdatum _____ Beruf / beschäftigt als _____

Ist diese Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt? Ja Nein Verwandtschaftsgrad _____

Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt? Ja Nein Stellung im Betrieb _____

4. Ihre Ansicht zur Schadenursache

Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen?	Begründung:
a) Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	_____
b) Verschulden Ihrerseits, Ihrer Fam.-Angehörigen, Angestellten	_____
c) Verschulden des Geschädigten oder einer *Drittperson	_____
* Name, Vorname, Adresse dieser Person	_____

5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse, Telefon

a) _____

b) _____

c) _____

6. Körperverletzung oder Tötung von Personen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a) _____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?		Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?	
a) _____		_____	_____	
b) _____		_____	_____	
c) _____		_____	_____	

7. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

				Geschätzter Schaden (Total) CHF
Welche Sachen sind beschädigt worden?	Alter / Jg.	Worin besteht die Beschädigung?		
a) _____	_____	_____	_____	
b) _____	_____	_____	_____	
c) _____	_____	_____	_____	
d) _____	_____	_____	_____	
Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer des Eigentümers				
a) _____				
b) _____				
c) _____				
d) _____				
Bei welcher Gesellschaft versichert? (Feuer-/Wasser-/Kaskovers. etc.)	Besichtigungsort / Reparaturfirma			
a) _____	_____			
b) _____	_____			
c) _____	_____			
d) _____	_____			

8. Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verwandtschaftsgrad?	_____
Sind die Geschädigten in Ihren Diensten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Eigenschaft?	_____
Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Eigenschaft?	_____
Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Name des Konsortiums?	_____
Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Höhe?	CHF _____

9. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (wie Akten des Administrativverfahrens, Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA / AHV / IV usw.) Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in
