

Schadenmeldung Haftpflichtversicherung

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Versicherungsvertrag

Name, Vorname / Firma

Adresse

PLZ, Ort

Telefon und Email

Beruf / Betrieb

Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN

Name und Adresse des Kontoinhabers

2. Schadenereignis

2.1 Datum und Uhrzeit

2.2 Ort und Strasse

2.3 Polizeirapport

Ja

Nein

Wenn ja, durch welche Polizeistelle?

2.4 Haben Sie den Fall Ihrer Rechtsschutzversicherung gemeldet?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

2.5 Hergang (zur skizzenhaften Darstellung des Schadenhergangs benutzen Sie bitte die Rückseite)

2.6 Zeugen

(Vorname, Name, Adresse)

Telefon

3. Schadenverursacher

3.1 Name, Vorname / Firma

3.2 Geburtsdatum

3.3 Beruf

3.4 Adresse

PLZ, Ort

3.5 Ist diese Person mit den Versicherungsnehmer verwandt?

Ja

Nein

 Wenn ja, Verwandtschaftsgrad? -----
 3.6 Ist diese Person vom Versicherungsnehmer angestellt? Ja Nein

 Wenn ja, Stellung im Betrieb? -----

4. Auf welche Schadenursache ist das Ereignis zurückzuführen?

4.1 Ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienmitglieds oder eines Angestellten Ja Nein

 Wenn ja, Grund -----
 4.2 Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation Ja Nein

 Wenn ja, Grund -----
 4.3 Ein Verschulden / Mitverschulden des Geschädigten oder eines Dritten Ja Nein

 Wenn ja, Grund -----
 4.4 Name, Vorname und Adresse dieser Person -----

5. Verletzung und Tötung von Personen **Person 1** **Person 2**

| | | |
|---------------------------------------------------------------|--|--|
| 5.1 Name, Vorname | | |
| 5.2 Geburtsdatum | | |
| 5.3 Adresse | | |
| PLZ, Ort | | |
| 5.4 Telefon | | |
| 5.5 Worin besteht die Verletzung? | | |
| 5.6 Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals | | |

6. Beschädigungen oder Zerstörung fremder Sachen (auch von Tieren) **Angaben 1** **Angaben 2**

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 6.1 Welche Sachen sind beschädigt worden (bei Fahrzeugen Marke und Kontrollschild)? | | |
| 6.2 Alter | | |
| 6.3 Worin besteht die Beschädigung? | | |
| 6.4 Name, Vorname, Adresse des Eigentümers | | |
| 6.5 Besichtigungsort / Reparaturfirma | | |
| 6.6 Schadenhöhe ca. in CHF | | |

7. Ergänzende Fragen

| | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 7.1 | Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Wenn ja, Verwandtschaftsgrad? | | |
| 7.2 | Sind die Geschädigten in ihren Diensten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Wenn ja, in welcher Eigenschaft? | | |
| 7.3 | Stehen Sie im Dienste des Geschädigten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Wenn ja, in welcher Eigenschaft? | | |
| 7.4 | Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 7.5 | Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Wenn ja, in welcher Höhe? CHF | | |

8. Bemerkungen

Der Unterzeichnete ermächtigt die Basler Versicherung AG [Basler Leben AG] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktikern, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG- Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von Ihrer Geheimhaltungspflicht. Diese Entbindung gilt auch für die Basler in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Ort, Datum | |
| Unterschrift Versicherungsnehmer/in | |