



Schadenanzeige
Haftpflicht

Schaden Nr.

Police Nr.

Wir können Sie besser bedienen und den Fall schneller behandeln, wenn Sie unsere Fragen persönlich, vollständig und ausführlich beantworten.

Versicherungsnehmer gemäss obiger Police versicherte Person oder Firma

Tel.Geschäft:

Tel. Privat:

Schadendatum

1	Datum	Zeit	Ort (wenn möglich, vollständige Adresse)
---	-------	------	--

Schadenverursacher, sofern nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer

2	Name, Vorname	Geburtsdatum	Tel.Geschäft
3	Adresse	Tel.Privat	
4	In welchem Verhältnis steht er zum Versicherungsnehmer? <input type="checkbox"/> blutsverwandt <input type="checkbox"/> fest angestellt <input type="checkbox"/> Aushilfe <input type="checkbox"/> anderes Verhältnis:		
5	In welcher Abteilung ist er tätig?	Welche berufliche Stellung bekleidet er?	

Hergang

6	Genaue Beschreibung des Herganges, wenn möglich mit Skizze: Bzw. genaue Umschreibung der Ursachen, auf welche der Schaden zurückzuführen ist:		
7	Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen?	Läuft ein Strafverfahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Haftpflichtfragen

8	Ist der Versicherte bzw. Schadenverursacher schuldig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?				
9	Trifft den Geschädigten ein Verschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?				
10	Trifft eine weitere Person ein Verschulden? Name, Adresse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?				
11	Liegt ein anderer Haftpflichtgrund vor?	Werkmangel <input type="checkbox"/>	mangelhafter Unterhalt <input type="checkbox"/>	fehlerhafte Beschaffenheit <input type="checkbox"/>	andere Gründe <input type="checkbox"/>

Zeugen

12	Name, Vorname	Adresse	Telefon
13	Name, Vorname	Adresse	Telefon
14	Name, Vorname	Adresse	Telefon

Erste verletzte Person

15	Name, Vorname			Adresse	Telefon
16	Geburtsdatum	Zivilstand	Beruf	Arbeitgeber	Obligatorische Unfall-Vers. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17	Art der Verletzung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Heilungsdauer	Behandelnder Arzt
18	Andersweitig versichert? / Weitere Bemerkungen				

Zweite verletzte Person

19	Name, Vorname			Adresse	Telefon
20	Geburtsdatum	Zivilstand	Beruf	Arbeitgeber	Obligatorische Unfall-Vers. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21	Art der Verletzung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Heilungsdauer	Behandelnder Arzt
22	Andersweitig versichert? / Weitere Bemerkungen				

Beschädigte oder zerstörte Sache, Tier usw.

23	Eigentümer: Name, Vorname			Adresse	Telefon	
24	Art der Sache / Marke			Beschreibung der Beschädigung		
25	Bei Motorfahrzeugen: Marke, Typ				Jahrgang	Kontrollschild
26	Wo und wann kann eine Besichtigung erfolgen?				Schadenhöhe Fr.	

Ihr Postcheck- / Bankkonto

27	Postcheckkonto-Nr.	Bank
	Ort	Konto-Nr.
		PLZ / Ort

Ermächtigung

28	Der Versicherungsnehmer erteilt der GENERALI Vollmacht, den Polizeirapport und weitere Untersuchungsakten über diesen Schadenfall einzusehen. - Er bestätigt durch seine Unterschrift die Richtigkeit obiger Angaben.
----	---

Unterschrift des Versicherungsnehmers

29	Ort, Datum	Unterschrift
----	------------	--------------