
Skizze

Zeugen

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
b) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
c) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail

Ihre Ansicht zur Schadenursache

<input type="checkbox"/> Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen	Begründung
<input type="checkbox"/> Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Angestellten	
<input type="checkbox"/> Verschulden des Geschädigten	
<input type="checkbox"/> Verschulden einer Drittperson	
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

Verletzung oder Tötung von Personen

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum <small>(leer lassen)</small>
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	<small>(leer lassen)</small>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		

b) Name/Vorname Strasse PLZ/Ort Beruf Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie?	Zivilstand Arbeitgeber Worin besteht die Verletzung? Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?
	Geb.-Datum (leer lassen) (leer lassen)

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Gegenstand 1 Art der Beschädigung Name/Vorname des Eigentümers Strasse PLZ/Ort Gegenstand 2 Art der Beschädigung Name/Vorname des Eigentümers Strasse PLZ/Ort Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie?	Standort Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen) Bei welcher Gesellschaft versichert? MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MWST-Nr. Standort Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen) Bei welcher Gesellschaft versichert? MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MWST-Nr.
--	--

Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat, verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie? Stand der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?	Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In welcher Eigenschaft? Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden? In welcher Höhe? CHF
---	---

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte dürfen ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigen die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____	_____	_____