



Chubb Insurance Company of Europe S.A.  
 Zollikerstrasse 141, 8034 Zürich  
 Tel +41 43 210 10 10, Fax +41 43 210 10 11

**Schadenmeldung**  
**Haftpflichtversicherung**  
 Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_

**1. Versicherungsnehmer/in**

**Policen Nr.** \_\_\_\_\_

Name, Vorname / Firma: \_\_\_\_\_

Beruf / Betrieb: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Ihr PC-Konto: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Bank-Konto: \_\_\_\_\_

**2. Schadenereignis**

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort und Strasse: \_\_\_\_\_

Hergang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3. Sofern das Ereignis durch einen Ihrer Familienangehörigen, Angestellten oder Bediensteten herbei geführt worden ist**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Tätig bei folgendem versicherten Unternehmen:

\_\_\_\_\_

Kontaktperson inkl. Telefonnummer des versicherten Unternehmens:

\_\_\_\_\_

Ist diese Person vom versicherten Unternehmen angestellt? \_\_\_\_\_  nein  ja, Stellung im Betrieb

**4. Schadenursache**

Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen?

- Ein Verschulden Ihrerseits oder eines Angestellten?  nein  ja, Grund \_\_\_\_\_

- Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation  nein  ja, Grund \_\_\_\_\_

- Ein Verschulden / Mitverschulden des Geschädigten oder eines Dritten?  nein  ja, Grund \_\_\_\_\_

Name, Vorname und Adresse dieser Person \_\_\_\_\_

**5. Zeugen**

Name, Vorname, Adresse

Tel.-Nr.

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_



Chubb Insurance Company of Europe S.A.  
 Zollikerstrasse 141, 8034 Zürich  
 Tel +41 43 210 10 10, Fax +41 43 210 10 11

**Schadenmeldung**  
**Haftpflichtversicherung**  
 Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_

**6. Verletzung oder Tötung von Personen**

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse	Tel.-Nr.
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Bei welcher Gesellschaft versichert? (SUVA / Unfallvers. / Krankenkasse)	
a) _____	_____	_____	
b) _____	_____	_____	
Worin besteht die Verletzung	Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals		
a) _____	_____		
b) _____	_____		

**7. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen**

Welche Sachen sind beschädigt worden? (bei Fahrzeugen Marke und Kontrollschild)	Alter / Jg.	Worin besteht die Beschädigung?
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
Name, Vorname, Adresse des Eigentümers	Tel.-Nr.	
a) _____	_____	
b) _____	_____	
Besichtigungsort/Reparaturfirma	Schadenhöhe ca.	Bei welcher Gesellschaft versichert? (Kasko- /Feuer- /Wasserversicherung etc.)
a) _____	_____	Fr. _____
b) _____	_____	Fr. _____
Eingeleitete Sofortmassnahmen		
_____		
_____		

**8. Ergänzungsfragen**

Sind die Geschädigten in Ihren Diensten?  nein  ja, in welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?  nein  ja, in welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?  nein  ja, Name des Konsortiums? \_\_\_\_\_

Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?  nein  ja, in welcher Höhe? Fr. \_\_\_\_\_

**9. Bemerkungen Versicherungsnehmer/in**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er/sie ermächtigt die Chubb Insurance Company of Europe S.A. zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffende Akten (wie Akten des Administrativverfahrens Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA/AHV/IV usw.)

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/ -in \_\_\_\_\_

**10. Beilagen** (Bitte reichen Sie uns sämtliche relevanten Akten zu diesem Schadenfall baldmöglichst ein. Vielen Dank.)