

Haftpflichtversicherung Schadenanzeige

Angaben zum Versicherungsnehmer

Police Nr. / Anmeldung Nr.

Name, Vorname / Firma

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail / Kontaktperson

Name der Bank / Adresse

Konto Nr. / Clearing. Nr.

Was hat sich ereignet?

Schadendatum/Zeit

Schadenort (genaue Bezeichnung von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.)

Auf welche Weise ist der Schaden entstanden? (Genaue Schilderung, eventuell kleine Skizze)

Trifft jemanden ein Verschulden?

Ja wen? Inwiefern?

Nein

Zeugen (Namen und Adressen)?

Ist ein Polizeirapport erstellt worden, oder hat sonst eine amtliche Untersuchung stattgefunden?

Ja durch welche Stelle?

Nein

Wer wurde verletzt? (bitte bei Personenschaden ausfüllen)

Name/Vorname**Adresse (Strasse, PLZ, Ort)****Art der Verletzung****Beigezogener Arzt oder Spital****Besteht eine Unfallversicherung
(z.B. Privat, UVG)?**Ja bei wem?Nein **Was wurde beschädigt? (bitte bei Sachbeschädigung ausfüllen)**

**Um welche Gegenstände handelt
es sich?****Wem gehören sie? Name?****Adresse (Strasse, PLZ, Ort)****Welcher Art ist die Beschädigung?****Wo können die Sachen besichtigt
werden?****Wie hoch wird der Schaden ge-
schätzt? Von wem geschätzt?****Weitere Fragen**

**Sind Sie oder der Schadenverursacher mit dem/der Verletzten/Geschädigten verwandt oder verschwägert
oder lebt der/die Verletzte/Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?**Ja Verwandtschaftsgrad?Nein **Steht der/die Verletzte/Geschädigte bei Ihnen in Arbeit?**Ja Nein **Sind bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden?**Ja Von wem?Nein

Information, Erklärung und Unterschrift des Versicherten

Wir weisen darauf hin, dass wir zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche Ihre Daten bearbeiten und die notwendigen und sachlichen Abklärungen auch bei Dritten (z. B. Amtsstellen, Beteiligte) vornehmen werden.

Die Chubb wird ermächtigt, die sich aus dem Schadenfall ergebenden Daten zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Mit- und Rückversicherer, Amtsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Chubb. Die Datenbearbeitung durch die Chubb erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz.

Die unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen und sonstige Beteiligte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Chubb und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Chubb oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Chubb im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Ort und Datum

Firmenstempel/Unterschrift

Formular senden



Chubb. Insured.SM