

# 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 wor-  
den, 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

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**