



Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

Versicherungstreuhand Poles & Partner AG

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname

Geb.- Datum

Zivilstand

Strasse

PC- oder IBAN

PLZ/Ort

Bank/Filiale in

Tel. P.

Mobil

MWSt-pflichtig

nein

ja

Tel. G.

Mobil

MWSt-Nr.

Fax

E-Mail

Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

Feuerversicherung (Brand-, Blitzschlag-, Elementarschäden, Fragen 1, 2, 4)

Diebstahlversicherung (Fragen 1, 3, 4)

Wasserversicherung (Fragen 1, 2, 4)

Privathaftpflichtversicherung (Fragen 1, 7, 8)

Glasversicherung (Fragen 1, 5, 6)

Schadenereignis ¹

Datum

Zeit (0-24)

Ort

Strasse

Amtliche Tatbestandsaufnahme?

nein

ja

Inkl. Stockwerk, Raum

Durch wen?

Hergang ¹ (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Bestehen für das Ereignis noch andere Versicherungen (z. B. Reisegepäck-, Wertsachen-, Ski-, Kaskoversicherung usw.)

nein

ja

Gesellschaft

Police-Nr.

Fragen betreffend die Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung ²

Welche Rettungsmaßnahmen wurden bereits getroffen?

Ist jemand für den Schaden verantwortlich?

nein

ja

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?

Wer?

Fragen betreffend die Diebstahlversicherung ³

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?

nein

ja

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse

Schadenaufstellung für Schäden zur Feuer-, Wasser- und Diebstahlversicherung ⁴

(Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis CHF	Ankaufsort	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Glasversicherung ⁵

Der Schaden betrifft _____ Name und Adresse des Reparateurs _____

Gebäudeverglasung Mobiliarverglasung _____

Beleuchtungsanlage Lavabo, Spültrog usw. _____

Wer ist für den Schaden verantwortlich? _____

Schadenaufstellung für Schäden zur Glasversicherung ⁶

Anzahl	Genaue Bezeichnung der beschädigten Objekte (z. B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Eigentümer der beschädigten Gläser _____

Fragen betreffend die Privathaftpflichtversicherung ⁷

Sind Sie rechtsschutzversichert? nein ja Schadenursache _____

Wo? _____ Verschulden des Schadenverursachers _____

Name und Adresse der Person, die das Schadenereignis
herbeigeführt hat _____ Verschulden des Geschädigten _____

_____ Fehlerhafte Einrichtungen usw. _____

_____ Begründung _____

Geb.- Datum _____ Zivilstand _____

Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer _____

a) Name/Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel. P. _____ Mobil _____

Tel. G. _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Sind die Geschädigten mit dem Verursacher des
Schadens verwandt? nein ja

Wie? _____

b) Name/Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel. P. _____ Mobil _____

Tel. G. _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Sind die Geschädigten in Ihrem Dienste oder im Dienste
des Schadenverursachers? nein ja

In welcher Eigenschaft? _____

Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen ⁸

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

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren ⁸

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

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist 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
