



---

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,<br>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    |
| Strasse   |                               | (leer lassen) |
| PLZ/Ort   | Arbeitgeber                   |               |
| Beruf   | Worin besteht die Verletzung? |               |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals |                               | (leer lassen) |

---

b) Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals \_\_\_\_\_

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?

nein  ja

Wie? \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

(leer lassen)

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Worin besteht die Verletzung? \_\_\_\_\_

(leer lassen)

Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse? \_\_\_\_\_

### 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?

nein  ja

Wie? \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Vermutliche Schadenhöhe CHF \_\_\_\_\_

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? \_\_\_\_\_

MWST-pflichtig  nein  ja

MWST-Nr. \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Vermutliche Schadenhöhe CHF \_\_\_\_\_

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? \_\_\_\_\_

MWST-pflichtig  nein  ja

MWST-Nr. \_\_\_\_\_

### Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat,

verwandt?  nein  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?

nein  ja

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. Die 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