



---

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

b) Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Beruf

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?

ja  nein

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

ja  nein

MWST-Nr.

Standort

Vermutliche Schadenhöhe CHF

(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert?

MWST-pflichtig

ja  nein

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?

ja  nein

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. Sie 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