



**Haushaltversicherung Directa
Schadenanzeige Privat-Haftpflichtversicherung**

Bitte leer lassen

Police Nr. _____

Schaden Nr. _____

Rückstellung: _____ SB: _____
Schadenort: _____ Ursache: _____
Art: _____ Pool: _____
Datum/Visum: _____

VersicherungsnehmerIn

Name/Vorname/Beruf _____

Adresse/PLZ/Ort _____

Post-/Bank-Konto _____

Telefon Geschäft _____ Telefon Privat _____

1. Schadendatum _____ Zeit _____

Schadenort (Adresse/PLZ/Ort/Lokalität) _____

2. Schadenursache (Hergang und nähere Umstände, eventuell Skizze und Fotos beilegen)

3. Wer hat den Schaden verursacht?

Name/Vorname/Beruf _____ Geburtsdatum _____

Adresse/PLZ/Ort _____ Telefon-Nr. _____

Ist die Person mit dem

VersicherungsnehmerIn verwandt? ja nein Verwandtschaftsgrad _____

Ist die Person vom

VersicherungsnehmerIn angestellt? ja nein Dienstverhältnis _____

Lebt die Person in Hausgemeinschaft

mit dem VersicherungsnehmerIn ja nein

4. Wurde eine amtliche Tatbestandesaufnahme durchgeführt? ja nein

Polizei-/Amtsstelle _____

5. Geschädigte

1. Geschädigter

2. Geschädigter

Name/Vorname _____

Beruf _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon-Nr. _____

Zivilstand/Geburtsdatum _____

Post-/Bank-Konto _____

Bitte vollständig ausgefüllt an obgenannte Geschäftsadresse zurücksenden. Besten Dank. Bei schweren Fällen bitten wir um sofortigen telefonischen Bericht.

6. Sachschäden

Beschädigte Sachen	_____	_____
- Art des Schadens	_____	_____
(genaue Beschreibung) inkl. Angabe	_____	_____
von Alter und Kaufpreis; Quittungen	_____	_____
beilegen)	_____	_____
Ungefähre Schadenhöhe CHF	_____	_____
Reparatur <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kosten	_____	_____
Besichtigungsort / Reparaturfirma	_____	_____
Sind die Sachen versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welcher Gesellschaft ? Wie?	_____	_____

7. Personenschäden

Art der Verletzung	_____	_____
Name/Adresse des Arztes/Spitals	_____	_____
	_____	_____
SUVA/Unfallversicherung	_____	_____
Krankenversicherung/Krankenkasse	_____	_____
Name/Adresse des Arbeitgebers	_____	_____
	_____	_____

8. Zeugen

	1. Zeuge	2. Zeuge
Name/Vorname/Adresse/PLZ/Ort	_____	_____
	_____	_____
Telefon-Nr.	_____	_____

9. Ihre Ansicht über die Schadenursache

9.1 Ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienangehörigen oder eines Angestellten? ja nein
Grund _____

9.2 Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation? ja nein
Grund _____
Name/Vorname/Adresse des Haftpflichtigen _____

9.3 Ist der Geschädigte oder ein Dritter verantwortlich? ja nein
Grund _____
Name/Vorname/Adresse dieser Person _____

10. Zusätzliche Fragen

10.1 Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit derjenigen Person, die den Schaden verursacht hat, verwandt? ja nein Verwandtschaftsgrad _____

10.2 Waren die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder derjenigen Person, welche den Schaden verursacht hat? ja nein Dienstverhältnis _____

10.3 Leben die Geschädigten in Hausgemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer? ja nein

10.4 Wurden bereits Ansprüche gestellt? ja nein Welche? _____

Bemerkungen

Die Visana Services AG wird ermächtigt, in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (u. a. Strafakten, medizinische Akten) Einsicht zu nehmen. Der/die VersicherungsnehmerIn bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum _____ Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/in _____

Bitte leer lassen

Datum	Bemerkungen / Abklärungen mit VersicherungsnehmerIn / mit Geschädigten
_____	_____
_____	_____