



SCHADENANZEIGE
PRIVAT-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG DIRECTA

Bitte leer lassen
Rückstellung: SB:
Schadenort: Ursache:
Art: Pool:
Datum / Visum:

Police Nr.:
Schaden Nr.:

Versicherungsnehmer/in
Name / Vorname: Beruf:
Adresse: PLZ / Ort:
Telefon tagsüber: Telefon privat:
E-Mail-Adresse:
Post-/Bank-Konto:

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?

3.1 Name / Vorname: Beruf:
Geburtsdatum: Telefon-Nr.:
Adresse: PLZ / Ort:
3.2 Ist die Person mit dem/der Versicherungsnehmer/in verwandt? [] ja [] nein
Verwandtschaftsgrad
3.3 Ist die Person vom/von der Versicherungsnehmer/in angestellt? [] ja [] nein
Dienstverhältnis
3.4 Lebt die Person in Hausgemeinschaft mit dem/der Versicherungsnehmer/in? [] ja [] nein



**SCHADENANZEIGE
PRIVAT-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG DIRECTA**

4. Wurde eine amtliche Tatbestandsaufnahme durchgeführt? ja nein

Polizei- / Amtsstelle:

5. Geschädigte

	1. Geschädigter	2. Geschädigter
Name / Vorname		
Beruf		
Adresse		
PLZ / Ort		
Telefon-Nr.		
E-Mail-Adresse		
Zivilstand		
Geburtsdatum		
Post- / Bank-Konto		

6. Sachschäden

Beschädigte Sachen		
- Art des Schadens		
(genaue Beschreibung) inkl.		
Angabe von Alter und Kauf-		
preis; 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		
Name / Adresse des Arbeitgebers		



SCHADENANZEIGE
PRIVAT-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG DIRECTA

8. Zeugen

Table with 2 columns: 1. Zeuge, 2. Zeuge. Rows: Name / Vorname, Adresse / PLZ / Ort, Telefon-Nr. tagsüber

9. Ihre Ansicht über die Schadenursache

- 9.1 Ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienangehörigen oder eines Angestellten?
9.2 Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation?
9.3 Ist der Geschädigte oder ein Dritter verantwortlich?
Grund:
Name, Vorname und Adresse dieser Person:

10. Zusätzliche Fragen

Sind die Geschädigten mit dem/der Versicherungsnehmer/in oder mit derjenigen Person, die den Schaden verursacht hat, verwandt?
Waren die Geschädigten im Dienste des/der Versicherungsnehmers/in oder derjenigen Person, welche den Schaden verursacht hat?
Leben die Geschädigten in Hausgemeinschaft mit dem/der Versicherungsnehmer/in?
Wurden bereits Ansprüche gestellt? Welche?

11. Bemerkungen

.....
.....
.....

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

Bitte die vollständig ausgefüllte Schadenanzeige an untenstehende Geschäftsadresse zurücksenden. Bei schweren Fällen bitten wir um sofortigen telefonischen Bericht.

Ort und Datum Unterschrift Versicherungsnehmer/in