

6. Körperverletzung oder Tötung von Personen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a) _____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?	Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?	
a) _____	_____		_____	
b) _____	_____		_____	
c) _____	_____		_____	

7. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

			Geschätzter Schaden (Total) CHF	
Welche Sachen sind beschädigt worden?	Alter / Jg.	Worin besteht die Beschädigung?	Schadenhöhe	
a) _____	_____	_____	_____	
b) _____	_____	_____	_____	
c) _____	_____	_____	_____	
d) _____	_____	_____	_____	
Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer des Eigentümers				
a) _____				
b) _____				
c) _____				
d) _____				
Bei welcher Gesellschaft versichert? (Feuer-/Wasser-/Kaskovers. etc.)		Besichtigungsort / Reparaturfirma		
a) _____		_____		
b) _____		_____		
c) _____		_____		
d) _____		_____		

8. Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verwandtschaftsgrad?	_____
Sind die Geschädigten in Ihren Diensten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Eigenschaft?	_____
Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Eigenschaft?	_____
Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Name des Konsortiums?	_____
Sind von den Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	In welcher Höhe?	CHF _____

9. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (wie Akten des Administrativverfahrens, Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA / AHV / IV usw.) Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in
