

# Schadenanzeige für Haftpflichtversicherungen

Referenz-Nr. \_\_\_\_\_

Police Nr. \_\_\_\_\_

## Angaben zur versicherten Person

Name, Firma \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. Post /

Zuständige Stelle / Telefon \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

**Mehrwertsteuer:** Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

Ja  Nein

## Daten zum Schadenereignis

Wann hat sich der Schadenfall ereignet? \_\_\_\_\_

An welchem Ort, in welchem Lokal ereignet sich der Schadenfall? \_\_\_\_\_

**Genauere Beschreibung des Schadenereignisses:  
Hergang, gegebenenfalls unter Beifügung einer Skizze**

Auf welche Ursache(n) ist der Schaden zurückzuführen? \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Verursachers \_\_\_\_\_

Trifft den/die Versicherte(n), seine/ihre Angehörigen oder \_\_\_\_\_

Sein/ihr Personal ein Verschulden und weshalb? \_\_\_\_\_

Fällt dem/der Geschädigten oder einer Drittperson \_\_\_\_\_

ein Verschulden zur Last und weshalb? \_\_\_\_\_

Name und Adresse \_\_\_\_\_

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalles  
angegeben werden? \_\_\_\_\_

Name und Adresse \_\_\_\_\_

Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden?  Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Polizei- oder Amtsstelle? \_\_\_\_\_

Name des Beamten/der Beamtin \_\_\_\_\_



**Bei Tötung, Verletzung oder sonstiger Gesundheitsschädigung von Personen (Personenschäden)**

Name und Vorname der verletzten Person	Geburtsdatum	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Worin besteht die Verletzung dieser Person?	Art der Verletzung (Zutreffendes bitte ankreuzen)
_____	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich
_____	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich
_____	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich

Sind Ersatzansprüche für Personenschäden an Sie gestellt worden? Welche und von wem? \_\_\_\_\_

**Bei Zerstörung, Beschädigung oder Verlust von fremden Sachen (Sachschäden) Eigenschaden nicht gedeckt**

Was wurde beschädigt und worin besteht der Schaden?  
(Bei Motorfahrzeugen Marke und Kontrollschild-Nr. angeben) \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Eigentümers/der Eigentümerin \_\_\_\_\_

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden? \_\_\_\_\_

Ist die beschädigte Sache gegen eines oder mehrere der nebenstehenden Risiken versichert?  
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Glasbruch	<input type="checkbox"/> Wasserschaden
<input type="checkbox"/> Maschinenschaden	<input type="checkbox"/> Bauwesen		

Bei welcher Gesellschaft? (Policen-Nr.) \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort angemeldet?  Ja  Nein

Sind Ersatzansprüche für Sachschäden an Sie gestellt worden? Welche und von wem? \_\_\_\_\_

**Bemerkungen des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin**

\_\_\_\_\_



Hiermit ermächtige ich Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Zurich kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an zur Zurich Insurance Group gehörende Gesellschaften zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner wird Zurich ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalls. Ich habe das Recht, bei Zurich über die Bearbeitung der mich betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Ferner ist Zurich im Falle eines Rückgriffs auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Im Übrigen bestätige ich, die rechtlichen Hinweise und die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Zürich Schweiz**  
Scanning GIC, 8085 Zürich  
Telefon +41 41 416 66 35, www.zurich.ch

Diese Schadenanzeige ist zu senden an:  
Finanzdirektion des Kantons Zürich  
Generalsekretariat, Versicherungsdienst  
Walcheplatz 1  
8090 Zürich