



## 5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse

Tel.-Nr.

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

## 6. Verletzung oder Tötung von Personen

Name, Vorname

Geb.-Datum

Adresse

Tel.-Nr.

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Beruf

Arbeitgeber

Bei welcher Gesellschaft versichert?  
(SUVA / Unfallvers. / Krankenkasse)

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Worin besteht die Verletzung?

Name und Adresse des behandelnden  
Arztes bzw. des Spitals

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

## 7. Beschädigungen oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren

Welche Sachen sind beschädigt worden  
(bei Fahrzeugen Marke und Kontrollschild)

Alter / Jg.

Worin besteht die Beschädigung?

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Adresse des Eigentümers

Tel.-Nr.

a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

Besichtigungsort / Reparaturfirma

Schadenhöhe ca.

Bei welcher Gesellschaft versichert?  
(Kasko- /Feuer- /Wasserversicherung etc.)

a) \_\_\_\_\_ Fr. \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ Fr. \_\_\_\_\_

## 8. Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit Ihnen verwandt?  nein  ja, Verwandtschaftsgrad? \_\_\_\_\_

Stehen die Geschädigten in Ihren Diensten?  nein  ja, in welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Stehen Sie im Dienste des Geschädigten?  nein  ja, in welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Leben die Geschädigten in Ihrem Haushalt?  nein  ja

Ereignete sich der Schadenfall bei der Arbeit  
innerhalb eines Unternehmerkonsortiums?  nein  ja, Name des Konsortiums? \_\_\_\_\_

Sind von den Geschädigten bereits  
Ansprüche erhoben worden?  nein  ja, in welcher Höhe? Fr. \_\_\_\_\_

## 9. Bemerkungen Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der / die Versicherungsnehmer / in darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er / sie ermächtigt die "Basler" zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffende Akten (Akten des Administrativverfahrens, wie Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA / AHV / IV usw.)

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_