

## Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung

### Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung      Telefon      0800 809 809

Police-Nr.

### Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand
Strasse		PC- oder Bankkonto	
PLZ/Ort		Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	MWSt-Nr.	
Fax	E-Mail		

### Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

<input type="checkbox"/> Feuerversicherung (Brand-, Blitzschlag-, Elementarschäden, Fragen 1, 2, 4)	<input type="checkbox"/> Diebstahlversicherung (Fragen 1, 3, 4)
<input type="checkbox"/> Wasserversicherung (Fragen 1, 2, 4)	<input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung (Fragen 1, 7, 8)
<input type="checkbox"/> Glasversicherung (Fragen 1, 5, 6)	

### Schadenereignis <sup>1</sup>

Datum	Zeit (0-24)	Ort
Strasse		Amtliche Tatbestandsaufnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Inkl. Stockwerk, Raum		Durch wen?

### Hergang <sup>1</sup> (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

---



---



---



---



---

Bestehen für das Ereignis noch andere Versicherungen (z. B. Reisegepäck-, Wertsachen-, Ski-, Kaskoversicherung usw.)       nein       ja

Gesellschaft

Police-Nr.

### Fragen betreffend die Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung <sup>2</sup>

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?      Ist jemand für den Schaden verantwortlich?       nein       ja

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden?      Wer?

### Fragen betreffend die Diebstahlversicherung <sup>3</sup>

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?      Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse

---



---

## Schadenaufstellung für Schäden zur Feuer-, Wasser- und Diebstahlversicherung<sup>4</sup>

(Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis CHF	Ankaufsort	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Glasversicherung<sup>5</sup>

Der Schaden betrifft \_\_\_\_\_ Name und Adresse des Reparateurs \_\_\_\_\_

Gebäudeverglasung                       Mobiliarverglasung \_\_\_\_\_

Beleuchtungsanlage                       Lavabo, Spültrog usw. \_\_\_\_\_

Wer ist für den Schaden verantwortlich? \_\_\_\_\_

## Schadenaufstellung für Schäden zur Glasversicherung<sup>6</sup>

Anzahl	Genauere Bezeichnung der beschädigten Objekte (z. B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Eigentümer der beschädigten Gläser \_\_\_\_\_ (leer lassen)

## Fragen betreffend die Privathaftpflichtversicherung<sup>7</sup>

Sind Sie rechtschutzversichert?     nein     ja    Schadenursache \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_  Verschulden des Schadenverursachers \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat \_\_\_\_\_  Verschulden des Geschädigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Fehlerhafte Einrichtungen usw. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Begründung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geb.- Datum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zum Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. P. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Tel. G. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

Sind die Geschädigten mit dem Verursacher des Schadens verwandt?     nein     ja

Wie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. P. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Tel. G. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

Sind die Geschädigten in Ihrem Dienste oder im Dienste des Schadenverursachers?     nein     ja

In welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Haftpflichtschäden Verletzung oder Tötung von Personen <sup>8</sup>

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.- Datum (leer lassen)
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung	(leer lassen)
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
b) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.- Datum (leer lassen)
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?	Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wie?		

## Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren <sup>8</sup>

Gegenstand 1	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen)
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.
Gegenstand 2	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF (leer lassen)
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.
Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wie?	

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten  
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers