

Polizzennummer

Schadennummer

Haftpflicht-Schadenanzeige

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|----------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------|--|
| Versicherungs-nehmer | Zuname, Vorname/Titel | | Geb. Datum | T | M | J | männlich | |
| | Straße/Hausnummer | | Selbstständig: | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Staatsbürgerschaft | |
| | Plz. | Ort | Tel. tagsüber | | Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? | | | |
| | Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit) | | E-Mail Adresse | | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Schadens-urheber | Zuname, Vorname/Titel | | Geb. Datum | T | M | J | männlich | |
| | Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit) | | Selbstständig: | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| | Plz | Ort, Straße/Hausnummer | | | Staatsbürgerschaft | | | |
| Schadensfall | Schadensort: | | | | | | | |
| | Datum: | Trifft Sie ein Verschulden an diesem Vorfall? | | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → Worin besteht es? | | |
| | Uhrzeit: | Trifft einen Ihrer Arbeitnehmer ein Verschulden? | | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → Wen? Worin besteht es? | | |
| | | Trifft sonst jemand ein Verschulden, insbes. den Geschädigten? | | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | → Wen? Worin besteht es? | | |
| | Einschreitende Behörde? | <input type="checkbox"/> Polizei (Gendarmerie): _____ | | <input type="checkbox"/> Feuerwehr: | | _____ | | |
| | Erste Meldung (Tag, Stunde) an? | <input type="checkbox"/> ERGO Versicherung AG: | | <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | | |
| | Zeugen des Vorfallen: (Bitte Name, Adresse, Telefon) | | | | | | | |
| | Genauer Bericht über Ursache und Hergang des Vorfallen: (Falls erforderlich – mit Skizze) | | | | | | | |
| | Falls Sie bzw. Ihre Mitarbeiter wegen der Herbeiführung des Vorfallen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit verantwortlich gemacht werden: <input type="checkbox"/> selbstständig tätig <input type="checkbox"/> als Subunternehmer tätig <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft tätig | | | | | | | |
| | Bei Subunternehmen Bzw. Arbeitsgemeinschaft Name, Adresse | | | | | | | |

Bitte freihalten!

Schäden durch Tiere

Anzahl der in Ihrem Besitz befindlichen Tiere von der Art der schadenstiftenden (Hunde, Pferde usw.)

War das Tier bisher gutmütig? Nein Ja

Neigte es früher schon zum Beißen, Durchgehen u. dgl.? Nein Ja

Hat es schon ähnliche Vorfälle verursacht? Nein Ja → Welche?

War das Tier zum Zeitpunkt des Vorfalles beaufsichtigt? Nein Ja

Wer hat das Tier beaufsichtigt bzw. verwahrt?

Wie war das Tier verwahrt?

Körperverletzung

| Name, Anschrift der verletzten Person(en) | Art der Verletzung | Arbeitsunfall im Betrieb des VN <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Beruf | Familienstand | Geburtsdatum |
|---|--------------------|---|-------|---------------|--------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |

Bei Arbeitsunfall: Gegenüber welcher dieser Personen war der Schadenurheber zum Unfallzeitpunkt weisungsbefugt?

Sachschäden

| Welche Gegenstände sind beschädigt worden? | Eigentümer, Anschrift | Schadenhöhe |
|--|-----------------------|-------------|
| | | |

Welche dieser Sachen hatten Sie oder Ihre Mitarbeiter zum Zeitpunkt des Vorfalles?

in Benützung in Bearbeitung in Verwendung zum Gegenstand einer sonstigen Tätigkeit an oder mit dieser Sache

Sonstige Fragen bzw. Bemerkungen

Welcher der Geschädigten ist mit Ihnen bzw. dem Schadenurheber verwandt oder verschwägert und welcher Art?

Welcher der Geschädigten ist Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger einer Ihrer Gesellschafter?

Welcher der Geschädigten stand zum Zeitpunkt des Vorfalles in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?

Überlassen Sie uns bitte alle Unterlagen betreffend die erhobenen Schadenersatzansprüche und nehmen Sie dazu insbesondere dann Stellung, wenn Sie gegen die Höhe der Forderungen Einwendungen zu erheben haben. Die Haftung darf ohne Zustimmung der Direktion der ERGO Versicherung Aktiengesellschaft nicht anerkannt, noch eine Zahlung geleistet werden.

Ich (Wir) ermächtige(n) die ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen. Gegen die Auszahlung einer allfälligen Entschädigung an den (die) Geschädigten erhebe ich keinen Einwand.

Ort, Datum

Unterschrift des Schadenurhebers

Unterschrift des Versicherungsnehmers