

# Haftpflichtversicherung Schadenanzeige

## Angaben zum Versicherungsnehmer

---

**Police Nr. / Anmeldung Nr.**

---

**Name, Vorname / Firma**

---

**Adresse / PLZ / Ort**

---

**Telefon / Fax**

---

**E-Mail / Kontaktperson**

---

**Name der Bank / Adresse**

---

**Konto Nr. / Clearing. Nr.**

---

## Was hat sich ereignet?

---

**Schadendatum/Zeit**

---

**Schadenort (genaue Bezeichnung  
 von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.)**

---

**Auf welche Weise ist der Schaden  
 entstanden? (Genaue Schilderung,  
 eventuell kleine Skizze)**

---

**Trifft jemanden ein Verschulden?**

Ja  wen? Inwiefern?

Nein

---

**Zeugen (Namen und Adressen)?**

---

**Ist ein Polizeirapport erstellt  
 worden, oder hat sonst eine  
 amtliche Untersuchung  
 stattgefunden?**

Ja  durch welche Stelle?

Nein

---

**Wer wurde verletzt? (bitte bei Personenschaden ausfüllen)**

---

**Name/Vorname****Adresse (Strasse, PLZ, Ort)****Art der Verletzung****Beigezogener Arzt oder Spital****Besteht eine Unfallversicherung  
(z.B. Privat, UVG)?**Ja  bei wem?Nein **Was wurde beschädigt? (bitte bei Sachbeschädigung ausfüllen)**

---

**Um welche Gegenstände handelt  
es sich?****Wem gehören sie? Name?****Adresse (Strasse, PLZ, Ort)****Welcher Art ist die  
Beschädigung?****Wo können die Sachen besichtigt  
werden?****Wie hoch wird der Schaden  
geschätzt? Von wem geschätzt?****Weitere Fragen**

---

**Sind Sie oder der Schadenverursacher mit dem/der Verletzten/Geschädigten verwandt oder  
verschwägert oder lebt der/die Verletzte/Geschädigte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?**Ja  Verwandtschaftsgrad?Nein **Steht der/die Verletzte/Geschädigte bei Ihnen in Arbeit?**Ja Nein **Sind bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden?**Ja  Von wem?Nein

## Datenschutzerklärung

---

Wir verwenden personenbezogene Daten, die Sie uns [oder gegebenenfalls Ihrem Versicherungsvermittler] zur Verfügung stellen zur Antrags- bzw. Risikoprüfung, für die Policenverwaltung, die Schadensregulierung sowie andere Versicherungszwecke. Diese Informationen umfassen grundlegende Kontaktdaten wie Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihre Policennummer, können aber auch detailliertere Informationen über Sie enthalten (z.B. Ihr Alter, Ihren Gesundheitszustand, Einzelheiten zu Vermögenswerten, bisherige Schadensfälle), wenn solche für das von uns versicherte Risiko, die von uns erbrachten Leistungen oder für einen von Ihnen gemeldeten Schadensfall relevant sind.

Wir sind Teil eines globalen Konzerns, und Ihre personenbezogenen Daten können an unsere Konzerngesellschaften in anderen Ländern weitergegeben werden, wenn dies für die Erbringung der Leistungen aus Ihrer Police oder für deren Verwaltung erforderlich ist. Wir arbeiten auch mit einer Reihe von vertrauenswürdigen Serviceanbietern zusammen, die unseren Weisungen und Kontrolle unterstehen und unter Umständen ebenfalls Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben.

Sie haben eine Reihe von Rechten in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten, einschliesslich des Rechts auf Auskunft und, unter bestimmten Umständen, auf Löschung.

Dieser Abschnitt enthält eine Kurzbeschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verwenden. Für weitere Informationen empfehlen wir Ihnen, unbedingt unsere Rahmendatenschutzerklärung zu lesen, abrufbar unter folgendem Link: [<https://www.chubb.com/ch-de/footer/privacy-policy.html>].

## Information, Erklärung und Unterschrift des Versicherten

---

Wir weisen darauf hin, dass wir zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche Ihre Daten bearbeiten und die notwendigen und sachlichen Abklärungen auch bei Dritten (z. B. Stellen, Beteiligte) vornehmen werden.

Die Chubb wird ermächtigt, die sich aus dem Schadenfall ergebenden Daten zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Mit- und Rückversicherer, Stellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Chubb. Die Datenbearbeitung durch die Chubb erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz.

Die unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Stellen und sonstige Beteiligte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Chubb und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Chubb oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Chubb im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

---

Ort und Datum

Firmenstempel/Unterschrift

**Chubb. Insured.**<sup>SM</sup>