

# Schadenanzeige

## Übrige Versicherungen

### Angaben zur Versicherung

Welche Art von Versicherung betrifft Ihre Meldung?

Policen-Nr.

### Angaben zum Versicherungsnehmer

Anrede  Frau  Herr  Firma

Name\*

Telefon Handy\*

Vorname\*

Telefon Privat

Firma\*

Telefon Geschäft

Strasse / Nr.\*

E-Mail

PLZ / Ort\*

\* Eingabe erforderlich

### Angaben zur Bankverbindung

Begünstigte Person

Bank / Konto-Nr.

Post / Konto-Nr.

IBAN-Nr.

### Angaben zur Schaden meldenden Person

Wer hat den

Schaden gemeldet?

Versicherungsnehmer  Geschädigte Partei  Andere Person

Anrede

Frau  Herr  Firma

Name

Telefon Handy

Vorname

Telefon Privat

Firma

Telefon Geschäft

### Angaben zum Schadenereignis

Datum

Ort / Land

Zeit

Strasse / Nr.

### Schadenhergang

Gibt es einen Polizeirapport?  ja  nein

Wenn ja, erstellt durch?

Telefon-Nr.

**Angaben zum Schadenverursacher**

Wer hat den Schaden verursacht?     Versicherungsnehmer     Andere Person

Anrede     Frau     Herr     Firma

Name    \_\_\_\_\_    Telefon Handy    \_\_\_\_\_

Vorname    \_\_\_\_\_    Telefon Privat    \_\_\_\_\_

Firma    \_\_\_\_\_    Telefon Geschäft    \_\_\_\_\_

**Angaben zum Geschädigten**

Wer ist die geschädigte Partei?     Versicherungsnehmer     Andere Person

Anrede     Frau     Herr     Firma

Name    \_\_\_\_\_    Telefon Handy    \_\_\_\_\_

Vorname    \_\_\_\_\_    Telefon Privat    \_\_\_\_\_

Firma    \_\_\_\_\_    Telefon Geschäft    \_\_\_\_\_

**Angaben zu den beschädigten Sachen/Gebäuden der geschädigten Partei**

Was wurde beschädigt? (Bei Motorfahrzeugen Marke / Typ und Kontrollschild angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Belege vorhanden?     ja     nein

**Art der Beschädigung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schadenhöhe in CHF    \_\_\_\_\_

Anschaffungspreis    \_\_\_\_\_

Kaufdatum    \_\_\_\_\_

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angaben zu Personenverletzungen**Wer wurde verletzt?  Versicherungsnehmer  Andere PersonAnrede  Frau  Herr  FirmaName, Vorname der  
verletzten Person

Geburtsdatum

Beruf

Strasse / Nr.

Arbeitgeber/in

PLZ / Ort

**Art der Verletzung****Zusätzliche Angaben****Weitere Bemerkungen**

Der/die Unterzeichnete ermächtigt GENERALI Allgemeine Versicherungen AG die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt.

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt GENERALI Allgemeine Versicherungen AG im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Ermächtigung des/der Unterzeichneten erfolgt unabhängig von einer Leistungserbringung seitens der Versicherungsgesellschaft. GENERALI Allgemeine Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Ort und Datum

Unterschrift

**Bitte drucken Sie diesen Fragebogen aus und retournieren ihn unterschrieben an die folgende Adresse:**

GENERALI Versicherungen  
Departement Leistungen  
Soodmattenstrasse 2  
Postfach 1047  
8134 Adliswil