

Anspruchsteller		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail
Was wurde beschädigt?		
Hatten Sie oder Ihre Angestellten die beschädigten Sachen		
– zur Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder Verwahrung übernommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		- gepachtet, gemietet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
– in Gewahrsam?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		- geleast, entliehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich:		
Name	Geburtsdatum	Beruf / Branche
Anschrift: PLZ Ort		Straße
Telefon (tagsüber)	Mobil	eMail
Art der Verletzung		

Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welchem Grad?
Ist der Geschädigte Gesellschafter Ihrer Firma oder naher Angehöriger eines Gesellschafters?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Steht der Geschädigte in einem Lohn- oder Dienstverhältnis zu Ihnen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Sonstige Informationen (weitere Beteiligte, Zeugen, usw.)

Ich/Wir ermächtige/n die oben genannte Versicherung Informationen bei allen diesen Schadenfall betreffenden Firmen und Behörden einzuholen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers