

Auf welche Ursachen ist der Schaden zurückzuführen?

Zeitpunkt der Verursachung?

Zeitpunkt des Schadeneintritts?

Name, Adresse und Alter des Verursachers/der Verursacherin Alter

Trifft den/die Versicherte(n), seine/ihre Angehörigen oder sein/ihr Personal ein Verschulden und weshalb?

Fällt dem/der Geschädigten oder einer Drittperson ein Verschulden zur Last und weshalb?

Namen und Adressen angeben

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalles angegeben werden?

Namen und Adressen angeben

Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden?

Wenn ja, von welcher Polizeistelle?

Name des Beamten/der Beamtin

Bei Tötung, Verletzung oder sonstiger Gesundheitsschädigung von Personen (Personenschäden)

Name und Vorname der verletzten Person	Zivilstand	Geburtsdatum	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Worin besteht die Verletzung dieser Person?	Natur der Verletzung (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Name und Adresse des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin bzw. des Spitals
a) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> tödlich	<input type="text"/>

Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? UVG bei welcher anderen Gesellschaft oder Krankenkasse?	War sie zur Zeit des Schadenfalls in Ihren Diensten?	Gehört sie zur Familie des/der Versicherungs- nehmers/-in bzw. Schadenverursachers/-in? Wenn ja, Grad der Verwandtschaft?
a) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Ersatzansprüche für Personenschäden an Sie gestellt worden? Welche und von wem?

Allfällige Schriftstücke sind der Anzeige beizulegen

Bei Zerstörung, Beschädigung oder Verlust von fremden Sachen (Sachschäden) Eigenschaden nicht gedeckt

Was wurde beschädigt und worin besteht der Schaden?
(Bei Motorfahrzeugen Marke und Kontrollschild-Nr.
angeben)

Schadenhöhe

Name und Adresse des Eigentümers/der Eigentümerin

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Ist die beschädigte Sache gegen eines oder mehrere
der nebenstehenden Risiken versichert?
(Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

Kasko/Feuer/Glasbruch/Wasserschaden/Diebstahl/Maschinenschaden/Bauwesen/

Bei welcher Gesellschaft?

Wurde der Fall dort angemeldet?

Sind Ersatzansprüche für Sachschäden an Sie gestellt
worden? Welche und von wem?

Allfällige Schriftstücke sind der Anzeige beizulegen

Bemerkungen des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

Die unterzeichnete Person ermächtigt Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Zurich kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an zur Zurich-Gruppe gehörende Gesellschaften zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wird Zurich ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles.

Die unterzeichnete Person hat das Recht, bei Zurich über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Die versicherte bzw. anspruchsberechtigte Person ermächtigt mit ihrer Unterschrift die behandelnden Ärzte, Spitäler und weitere namentlich bezeichnete Drittpersonen, Zurich bzw. deren medizinischem Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenereignis und der Schadenabwicklung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie entbindet zu diesem Zwecke diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht.

Ferner ist Zurich im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers/
der Versicherungsnehmerin

Die Schadenanzeige ist unverzüglich, spätestens innerhalb 8 Tagen nach dem Schadenfall, zu senden an:
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich.
Telefon 0800 80 80 80.

