



Schadenanzeige  
Haftpflichtversicherung:

Police Nr.: 900.341.577.5  
Versicherungsnehmer:

**Schweizerischer Hängegleiterverband**  
**Fédération Suisse de vol libre**  
Seefeldstrasse 224  
8008 Zürich  
Tel.: 044 387 46 80  
Fax 044 387 46 89

SHV Nr.: / FSVL Nr.: .....

Schadendatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

Wo hat sich der Schaden ereignet? Strasse : ..... Nr. : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Beschreibung der Örtlichkeit: .....

.....

Wie hat sich der Schaden ereignet?

.....

.....

.....

.....

Skizze:

Wer hat den Schaden verursacht?

Name: ..... Vorname : ..... Geburtsdatum: .....

Strasse : ..... Nr. .... E-Mail: .....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Telefon G: ..... Telefon P: ..... Mobile : .....

Trifft den Schadenverursacher nach Ihrer Meinung ein Verschulden?  Ja .....  Nein

Wenn ja/nein, warum ? .....

Besteht eine Rechtsschutzversicherung?  Ja .....  Nein

Gesellschaft: ..... Policen-Nr.° : .....

Gibt es Zeugen?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Name: ..... Vorname : .....

Strasse : ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Telefon G: ..... Telefon P: ..... Mobile : .....

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Ja  Nein

Bei welcher Dienststelle ? ..... Tel. Nr. : .....



Gibt es verletzte Personen?  Ja  Nein Wenn ja, bitte ausfüllen:

Name: ..... Vorname : .....

Strasse : ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Telefon G: ..... Telefon P: ..... Mobile : .....

Beruf: ..... Zivilstand : .....

Arbeitsgeber: Name: ..... Vorname : .....

Strasse : ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Telefon G: ..... Telefon P: ..... Mobile : .....

Art der Verletzung : .....

Grad der Arbeitsunfähigkeit : .....

Behandelnder Arzt:

Name: ..... Vorname : .....

Strasse : ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Telefon G: ..... Telefon P: ..... Mobile : .....

Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?  Ja  Nein

SUVA/UVG  Ja Gesellschaft/Policen-Nr.: .....

Anderer Unfallversicherer  Ja Gesellschaft/Policen-Nr.: .....

Krankenkasse  Ja Gesellschaft/Policen-Nr.: .....

Wurden weitere Personen verletzt? .....  Ja .....  Nein

(Wenn ja, bitte auf separaten Blatt aufführen)

Bestehen Schäden an anderen Sachen?  Ja  Nein

Wenn ja, was: .....

Eigentümer :

Name: ..... Vorname : .....

Strasse : ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort : ..... Land : .....

Die Entschädigung ist zu leisten:

an die Reparaturwerkstatt nach Rechnungsstellung : .....

auf mein Postkonto : .....

an meine Bank : ..... Filiale: .....

Konto-Nr.: ..... Clearing-Nr.: .....

Der/die Unterzeichnete ermächtigt GENERALI Allgemeine Versicherungen AG die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens erforderlichen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im in-und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung 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 erhalten Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Ort und Datum : ..... Unterschrift .....