

Schadenanzeige  
Haftpflichtversicherung:

Police Nr.: 4.001.457.213  
Versicherungsnehmer/in:

**SHV- Schweizerischer**  
Hängegleiter-Verband  
Seefeldstrasse 224  
8008 Zürich  
Tel.: 044 387 46 80  
E-Mail: info@shv-fsvl.ch

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/die Schadenverursacher/in 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: ..... 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 separatem Blatt aufführen)

---

Bestehen Schäden an anderen Sachen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: .....

Eigentümer :

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

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

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

---

Die Entschädigung ist zu leisten:

an die Reparaturwerkstatt nach Rechnungsstellung : .....

auf mein Konto: IBAN-Nr.: .....

---

Der/die Unterzeichnende ermächtigt Helvetia 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.

Helvetia wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Der/die Unterzeichnende ermächtigt Helvetia im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesem die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Ermächtigung des/der Unterzeichnende erfolgt unabhängig von einer Leistungserbringung seitens der Versicherungsgesellschaft. Helvetia verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

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