

Schadenanzeige für Haftpflichtversicherung

1. Versicherte(r) usic-IngenieurIn/ArchitektIn

Name	Mitglieder-Nr.	Kategorie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse		
<input type="text"/>		
Mitversicherte Firma/Filiale	Name der ARGE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse		
<input type="text"/>		
Kontaktperson / Referenz	Website	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail		
<input type="text"/>		
Telefon Nr.	Telefax Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Vertragsverhältnis

Name und Adresse des/der Vertragspartner:

Kopie des Ingenieur-Vertrages inkl. Beilagen beilegen

3. Schildern des Schadens/Mangels/Ihrer Tätigkeit

Wann ist der Schaden/Mangel eingetreten?	Uhrzeit (Bitte im 24-h Format angeben)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann wurde der Schaden/Mangel verursacht?

An welchem Ort bzw. in welchem Lokal ereignete sich der Schadenfall?

Beschreibung des Schadenereignisses – Bitte genauen Sachverhalt schildern (wodurch, durch wen wurde der Schaden verursacht). Hergangsskizze bitte auf separatem Blatt beilegen.

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Worin besteht der Schaden?

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Schäden am Bauobjekt ja nein

Schäden ausserhalb des Bauobjektes (Drittschaden) ja nein

Ausmass des Schadens, Schadenhöhe

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? Wenn ja, von welcher Polizeistelle/BeamtIn?

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Wurde gegen Organe oder Mitarbeiter des versicherten Büros ein Strafverfahren eingeleitet? ja nein
Falls ja, bitte sofortige Meldung an SRB Assekuranz Broker AG

Wurden Ingenieur-Arbeiten durch externe Subplaner ausgeführt? ja nein

Trifft den Versicherten, seine Angehörigen oder sein Personal nach Ihrer Meinung ein Verschulden und weshalb?

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Trifft ein ARGE Partner (Name) nach Ihrer Meinung ein Verschulden und weshalb?

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Wo ist die ARGE versichert, sofern nicht bei der usic?

[Empty text input field]

Handelt es sich dabei um ein usic-Mitglied? ja nein

Trifft den Geschädigten, weitere Baubeteiligte oder eine andere Drittperson nach Ihrer Meinung ein Verschulden und weshalb?

wenn ja:

Name

Adresse

Art Ihrer Tätigkeit (wie z.B. Projektierung, Bauleitung, Baukontrolle usw.)

Vertragsgrundlagen

4. AnspruchstellerIn

Bauherr:
Name und Adresse

Unternehmer:
Name und Adresse

Andere:
Name und Adresse

5. Weitere Versicherungen (Bauwesen / Bauherrenhaftpflicht)

Art der Versicherung	Gesellschaft	Policen-Nr.	Wurde der Fall dort angemeldet
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Name und Vorname der verletzten Person	Zivilstand	Geburtsdatum	Adresse	Beruf	ArbeitgeberIn
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?

a)

Natur der Verletzung
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

leicht mittel schwer tödlich

Name und Adresse des behandelnden
Arztes/der behandelnden
Ärztin bzw. des Spitals

b) leicht mittel schwer tödlich

c) leicht mittel schwer tödlich

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 Versicherungsnehmer(s)In bzw. Schadenverursacher(s)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

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

Name und Adresse des Eigentümers/der Eigentümerin

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

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

Allfällige Schriftstücke sind der Anzeige beizulegen

8. Bemerkungen

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Die 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 die 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 der 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, der 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 die 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 usic-Büros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wir bitten Sie, der ausgefüllten Schadenanzeige sachdienliche Unterlagen (wie z.B. Kopie Ingenieur-Vertrag, Korrespondenz, Pläne, anwendbare Geschäfts- und/oder Lieferbedingungen, Polizeirapport usw.) beizufügen und uns diese, spätestens innerhalb von 8 Tagen nach dem Schadenfall, an folgende Adresse zu senden:

Frau Heidi Spinner
 SRB Assekuranz Broker AG
 Geschäftsstelle usic-Stiftung
 Luggwegstrasse 9
 CH-8048 Zürich
 Telefon: +41 44 497 87 80
 Telefax: +41 44 497 87 88
24h-Notfallnummer: +41 840 77 22 77