

		Bitte zurücksenden an					
ı	Name und Adresse des Versicherungsnehmers						
		VS-Nr.	Schaden-Nr.				
	chadenanzeige zur Vermögen e grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwo		_				
	☑ Zutreffendes bitte ankreuzen e Telefon-Nr.						
All	gemeine Angaben						
1.	Ihr Beruf / Gewerbe						
2.	In welcher Eigenschaft werden Sie in Anspruch g	enommen?					
3.	Handelte es sich um eine haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit?						
4.	Welche der versicherten Personen soll den Verstoß begangen haben?  Name/Vorname  Beruf						
	Straße/Haus-Nr.	Geburtsdatum					
	PLZ/Wohnort	Telefon/Mail					
5.	Stellung des Schadenverursachers zum Versicherungsnehmer bzw. Stellung im Betrieb? Berufsbezeichnung						
6.	Wann wurde der Verstoß begangen?	Uhrzeit					



7.	Die Entschädigung soll überwiesen werden an Empfänger							
	IBAN BIC							
	Kreditinstitut							
8.	Anspruchsteller Name/Vorname	Tolofe	on/Mail					
	Nume, vomume		onnividii					
	Straße/Haus-Nr.	PLZ/\	Wohnort					
9.	Sind Sie mit dem Anspruchsteller verwandt/verschwäge Wenn ja, in welcher Beziehung?	ert?			nein	∏ja		
10.	Welches Vertragsverhältnis bestand zum Anspruchstell	ler?						
11.	L. Für Gesellschaften und jur. Personen Ist der Anspruchsteller Mitglied des Vorstands, Geschäftsführer oder pers. haftender Teilhaber bzw. Gesellschafter oder handelt es sich um Angehörige der vorgenannten Personen?							
12.	Sind Sie als Partner einer Sozietät tätig gewesen? Welche?				nein	☐ ja		
13.	<b>Wann wurden erstmals Ansprüche gegen Sie erhoben?</b> Zeitpunkt		nündlich	schriftlich				
14.	Glauben Sie, dass Sie für den Schaden verantwortlich si Warum?		nunuich	Scrimtici	nein	∏ja		
<b>15.</b>	Hat die geschädigte Person den Schadenfall ganz oder Inwiefern?	r teilweis	se selbst vei	rschuldet?	inein	☐ ja		
16.	Umfang und Höhe des Schadens im Einzelnen?							
<b>17</b> .	Halten Sie den geforderten Betrag für angemessen? Warum?				nein	☐ ja		



8.	Schadenursache				
	Genauer Bericht; falls nötig, besonderes Blatt verwenden und alle Unterlagen für die Feststellung von Schaden- ursache und Schadenhöhe bitte beifügen.				
Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat.  Ich bin einverstanden, dass Baloise zur weiteren Aufkärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten,					
	e den angezeigten Schadenfall betreffen, einsehen kann.				
rt	Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers				