**Schadenanzeige Haftpflichtversicherung**

Dienststelle/Abteilung:

**Versicherungs-Gesellschaft** (wird von Five ausgefüllt) Police Nr.

**Versicherungsnehmer** Finanzverwaltung des Kantons Graubünden, Steinbruchstrasse 18, 7001 Chur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wer hat das Ereignis herbeigeführt? | | | | | Name:  Adresse:  Ort:  Geb. Datum:  Rechtsschutzversichert:  Nein  Ja Wo? | | | | | |
| Schadenereignis | | | | | | | | | | |
| Wann hat sich das Schadenereignis zugetragen? | | | | | Am  um  Uhr | | | | | |
| Schadenort | | | | | Ort:  Strasse: | | | | | |
| Beschreibung des Schadenhergangs | | | | | | | | | | |
| Auf welche Ursachen ist der Schaden zurückzuführen? | | | | |  | | | | | |
| Zeugen Namen und Adressen: | | | | |  | | | | | |
| Wurde ein Polizeirapport aufgenommen? | | | | | Nein  Ja Polizeistelle | | | | | |
| Verletzung oder Tötung von Personen | | | | | | | | | | |
| Name und Vorname | | | | | Zivilstand | | Geb.-Dat. | Adresse | | |
| a) | | | | |  | |  |  | | |
| Beruf | | | | | Arbeitgeber | | | | | |
| b) | | | | |  | |  |  | | |
| Beruf | | | | | Arbeitgeber | | | | | |
| Worin besteht die Verletzung? | | | Name und Adresse des behandelnden Arztes/Ärztin bzw. des Spitals | | | | | | Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? Gesellschaft oder Krankenkasse | |
| a) | | |  | | | | | |  | |
| b) | | |  | | | | | |  | |
| **Beschädigung, Zerstörung oder Verlust fremder Sachen (Sachschäden)** | | | | | | | | | | |
| Welche Sachen sind beschädigt worden? | | | | Name und Adresse des Eigentümers | | | | | | |
| a) | | | |  | | | | | | |
| b) | | | |  | | | | | | |
| Worin besteht die Beschädigung | | Standort | | | | Vermutl. Schadenhöhe (Fr.) | | | | Bei welcher Ges. versichert? |
| a) | |  | | | |  | | | |  |
| b) | |  | | | |  | | | |  |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | | |
| Ort und Datum: Name: | | | | | | | | | |