

## Schadenanzeige Haftpflicht-Versicherung gegen Drittpersonen Déclaration de sinistre. Responsabilité civile tiers.

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)  
 N° de police (veuillez joindre une copie)

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)  
 N° de police (veuillez joindre une copie)

### 1. Angaben zur versicherten Person / Indications sur la personne assurée

Name  
 Nom

Vorname  
 Prénom

Strasse / Nr.  
 N° / rue

PLZ / Ort  
 NAP / lieu

Telefon Privat  
 Téléphone privé

Telefon Geschäft  
 Téléphone professionnel

Beruf  
 Profession

Geburtsdatum  
 Date de naissance

E-Mail

### 2. Beschreibung des Unfalls / Description de l'accident

Datum  
 Date

Zeit  
 Heure

Ort  
 Lieu

Hergang  
 Circonstances

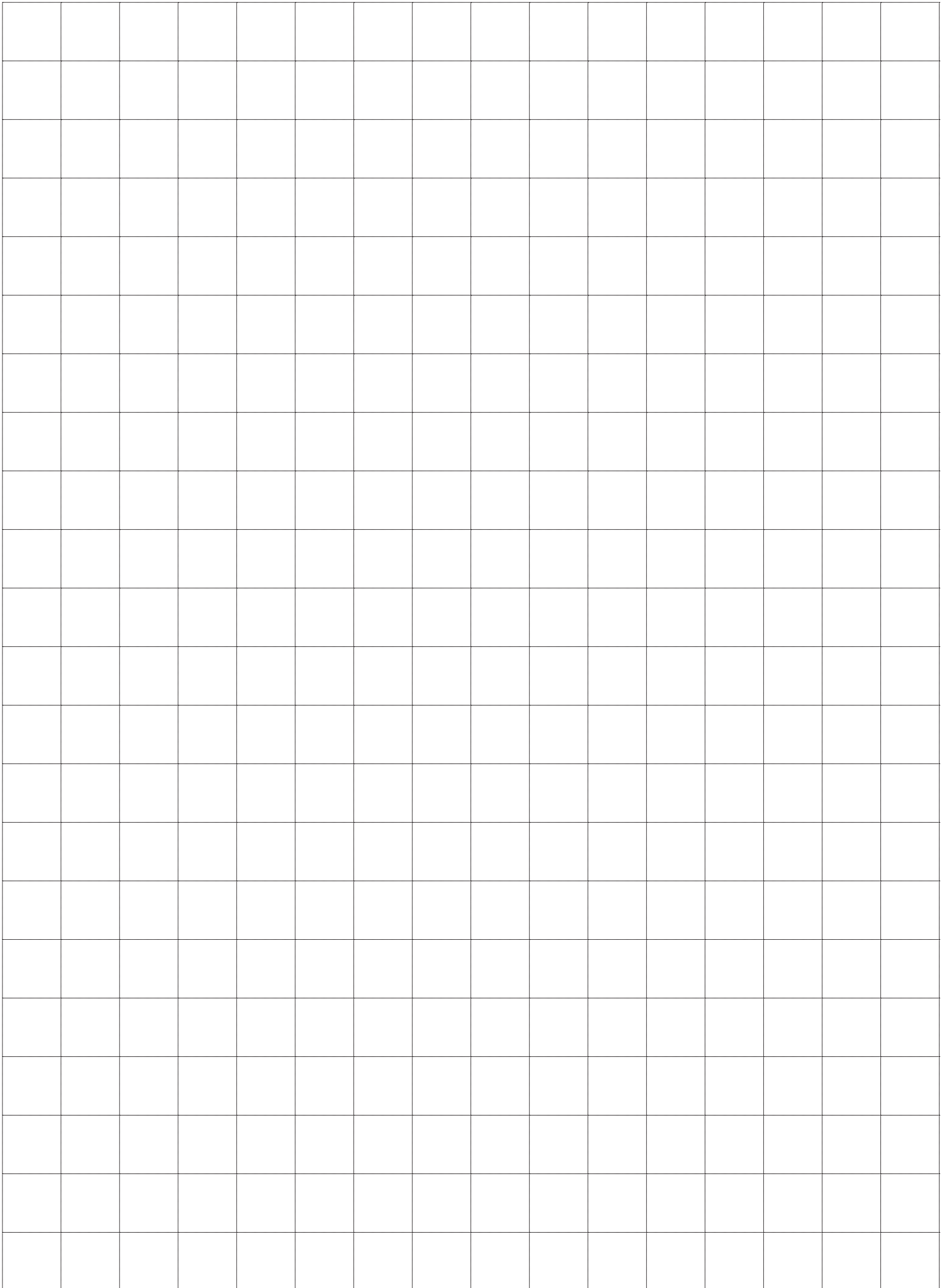
Unfälle sind uns sofort schriftlich anzumelden, auch wenn die Verschuldungsfrage ungeklärt ist.

Tout accident doit être annoncé immédiatement au plus tard le lendemain, même si la responsabilité du preneur d'assurance ne paraît pas engagée.

**Todesfälle müssen sofort gemeldet werden.**

**Les accidents mortels doivent être annoncés sans délai.**

3. Skizze des Unfallortes / Plan des lieux de l'accident



#### 4. Zeugen des Unfalls / Témoins de l'accident

Name Nom	Adresse
Name Nom	Adresse

#### 5. Polizeiliche oder amtliche Untersuchung / Enquête judiciaire ou officielle

Ist eine polizeiliche oder amtliche Untersuchung angeordnet worden?  
Des constatations officielles ont-elles été faites ou une enquête judiciaire a-t-elle été ordonnées?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Von Wem? /  
Par quelle autorité?

---

#### 6. Unfallverantwortlichkeit / Responsable de l'accident

Wer ist Ihrer Ansicht nach für den Unfall verantwortlich?  
Qui est, à votre avis, responsable de l'accident?

---

Weshalb?  
Pour quelles raisons?

---

#### 7. Körperschäden (Wenn Personen verletzt wurden, sind die nachstehenden Fragen zu beantworten) Lésions corporelles (Si des personnes ont été blessées, fournir pour chacune d'elles les renseignements suivants)

a) Name, Beruf, Adresse  
Nom, profession, adresse

Telefon Téléphone
----------------------

---

b) Alter  
Age

Zivilstand Etat civil	Kinder Enfant
--------------------------	------------------

---

c) Gehört die verletzte Person zu Ihrer Familie?  
Parenté avec le preneur d'assurance?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

d) Steht die verletzte Person in Ihren Diensten?  
Est-elle au service du preneur d'assurance?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

e) Art der Verletzung?  
Nature de la blessure?

---

f) Wo wird die verletzte Person behandelt?  
Où le blessé est-il soigné?

Name des behandelnden Arztes? Nom du médecin traitant?
---

---

g) Sind Ihnen gegenüber Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden?  
Avez-vous reçu une réclamation du blessé ou de ses parents?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

h) Ist die verletzte Person bei der SUVA oder einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert?  
Le blessé est-il assuré contre les frais du guérison auprès de la CNA ou d'une société d'assurance?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

a) Name, Beruf, Adresse  
Nom, profession, adresse

Telefon Téléphone
----------------------

---

b) Alter  
Age

Zivilstand Etat civil	Kinder Enfant
--------------------------	------------------

---

c) Gehört die verletzte Person zu Ihrer Familie?  
Parenté avec le preneur d'assurance?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

d) Steht die verletzte Person in Ihren Diensten?  
Est-elle au service du preneur d'assurance?

Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

---

e) Art der Verletzung?  
Nature de la blessure?

---

f) Wo wird die verletzte Person behandelt?  
Où le blessé est-il soigné?

Name des behandelnden Arztes? Nom du médecin traitant?
---

---

g) Sind Ihnen gegenüber Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden? Ja  Nein   
Avez-vous reçu une réclamation du blessé ou de ses parents? Oui  Non

h) Ist die verletzte Person bei der SUVA oder einer anderen Gesellschaft gegen Unfall versichert? Ja  Nein   
Le blessé est-il assuré contre les frais du guérison auprès de la CNA ou d'une société d'assurance? Oui  Non

## 8. Sachschäden / Dégâts matériels

Wenn durch den Unfall Tiere verletzt oder Sachen beschädigt wurden, die Drittpersonen gehören, sind die nachstehenden Fragen zu beantworten:  
Si des animaux ou des objets, appartenant à des tiers, ont été endommagés lors de l'accident, prière de répondre aux questions suivantes:

a) Name, Adresse des Besitzers Telefon  
Nom, adresse du propriétaire Téléphone

b) Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt? Ja  Nein   
Parenté avec le preneur d'assurance? Oui  Non

c) Art des Schadens?  
Nature du dommage?

d) Was wurde verletzt resp. beschädigt?  
Par qui la réparation sera-t-elle fait?

e) Ungefähre Kosten?  
Coût approximatif de la réparation; devis?

f) Wer führt die Behandlung resp. Reparatur durch?  
Qui exécute la réparation?

g) Wo befindet sich das verletzte Tier / die beschädigte Sache?  
Où se trouve l'objet détérioré?

h) Wurde Ihnen der beschädigte Gegenstand zur Benützung anvertraut? Ja  Nein   
Les objets détériorés avaient-ils été confiés au preneur d'assurance? A quel titre? Oui  Non

i) Wurde von Ihnen Schadenersatz gefordert? Ja  Nein   
Avez-vous reçu une réclamation du propriétaire? Oui  Non

k) Ist der beschädigte Gegenstand noch anderweitig versichert? Ja  Nein   
L'objet détérioré est-il assuré ailleurs? Oui  Non

## 9. Angaben zu weiteren Versicherungsdeckungen / Autres couvertures d'assurance

Sind Sie durch eine Privat-, Hausrat-, oder Sporthaftpflicht-Versicherung gedeckt? Ja  Nein   
Etes-vous couvert par une assurance responsabilité civile privée, assurance ménage et pour la pratique des sports? Oui  Non

Gesellschaft Agentur Policen-Nr.  
Compagnie Agence générale n° de Police

## 10. Besondere Bemerkungen / Observation particulières

---

---

---

**11. Erklärung** Ich ermächtige die Allianz Global Assistance (Schweiz) zur Akteneinsichtnahme. Ferner bestätige Ich, die Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.  
**Déclaration** J'autorise Allianz Global Assistance (Suisse) à prendre connaissance des actes. En outre, je confirme avoir rempli la déclaration de sinistre de façon complète et en déclarant la vérité.

Ort, Datum  
Lieu, date

Unterschrift des Versicherten (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)  
Signature de l'assuré (pour les mineurs son représentant légal)