

1. VERSICHERUNGSNEHMER

| | |
|-----------------|--|
| Name | Gesellschaft |
| Adresse | Policen-Nr |
| Telefon | Schaden-Nr. |
| Ansprechpartner | PC / Bank / IBAN-Nr. |
| E-Mail | MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

2. SCHADENEREIGNIS

| | |
|---|--|
| Schadendatum | Schadenort |
| | Genaue Lokalität |
| Schadenhergang | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Polizeirapport | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Dienststelle |

3. SCHADENVERURSACHER

| | |
|---|---|
| Name / Vorname | Geburtsdatum |
| Strasse | PLZ / Ort |
| Ist die Person mit dem Versicherungsnehmer verwandt | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Verwandtschaftsgrad |
| Ist die Person vom Versicherungsnehmer angestellt | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Stellung im Betrieb |

4. ZEUGEN

| |
|------------------------------------|
| Name / Vorname / Adresse / Telefon |
| Name / Vorname / Adresse / Telefon |
| Name / Vorname / Adresse / Telefon |

5. VERLETZUNG ODER TÖTUNG VON PERSONEN

| Name / Vorname | Adresse | Telefon | Geburtsdatum |
|----------------|---------|---------|--------------|
| a) | | | |
| b) | | | |

| Zivilstand | Beruf | Arbeitgeber |
|------------|-------|-------------|
| a) | | |
| b) | | |

| Worin besteht die Verletzung | Name und Adresse des Arztes |
|------------------------------|-----------------------------|
| a) | |
| b) | |

| Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert | Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse |
|--|---|
| a) | |
| b) | |

6. BESCHÄDIGUNG ODER ZERSTÖRUNG FREMDER SACHEN / TIEREN

| Welche Sachen wurden beschädigt (Bei Motorfahrzeugen Marke und Kontrollschild-Nr. angeben) | Worin besteht die Beschädigung |
|--|--------------------------------|
| a) | |
| b) | |

| Name / Vorname / Adresse des Eigentümers | Schadenhöhe |
|--|-------------|
| a) | |
| b) | |

| Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden | Bei welcher Gesellschaft versichert |
|---|-------------------------------------|
| a) | |
| b) | |

| Wie alt war die beschädigte Sache (Bitte Kaufbelege beilegen; bei Mieterschäden Protokolle von Ein- und Auszug) |
|---|
| a) |
| b) |

7. IHRE ANSICHT ÜBER DIE URSACHE DES SCHADENS

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Ein Verschulden Ihrerseits, eines Familienangehörigen oder eines Angestellten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Grund |
| Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Grund |
| Ein Verschulden des Geschädigten oder eines Dritten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Grund |



Die Sichermacher

8. ZUSÄTZLICHE FRAGEN

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit derjenigen Person, die den Schaden verursacht hat

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| verwandt – Verwandtschaftsgrad | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder derjenigen Person, welche den Schaden verursacht hat | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ein Verschulden des Geschädigten oder eines Dritten – Grund | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

9. BEMERKUNGEN

10. BEILIEGENDE UNTERLAGEN / EVENTUELL SEPARAT SENDEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorkorrespondenz | <input type="checkbox"/> Allgemeine Geschäftsbedingungen (anwendbare) |
| <input type="checkbox"/> Kauf-, Werk-, Liefervertrag | <input type="checkbox"/> Fotos |

Der / die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der / die Unterzeichnete darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an info@vcw.ch oder per Post an Ihren VCW-Berater.
VCW Versicherungs-Treuhand AG, Beratername, Bösch 37, 6331 Hünenberg. Dankeschön.