

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

Unfalldatum	Unfallort
Unfallzeit	Genaue Lokalität
Unfallhergang (wenn notwendig Skizze beilegen)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Dienststelle

3. FAHRZEUGLENKER – EIGENES FAHRZEUG

Name	Vorname
Geburtsdatum	Adresse
PLZ / Ort	Prüfungsdatum / Kategorie
Telefon	E-Mail
Eigenes Fahrzeug	Marke Typ
Kontrollschild	Stamm-Nr.

4. BESCHÄDIGUNG DES EIGENEN FAHRZEUGES

Art der Beschädigung / Schadenhöhe
Besichtigungsort
Reparaturfirma

5. BESCHÄDIGTES FREMDES FAHRZEUG

Name HalterIn	Telefon Privat
Adresse	Telefon Geschäft
<hr/>	
Name LenkerIn	Telefon Privat
Adresse	Telefon Geschäft
<hr/>	
Marke / Typ / Kontrollschild-Nr.	Wo erfolgt die Reparatur
Wo ist es haftpflichtversichert	Ab wann
Vermutliche Schadenhöhe	Telefon Garage

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)		

Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt Nein Ja – Verwandtschaftsgrad

7. 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)	

8. ZEUGEN

Name / Vorname / Adresse / Telefon

Name / Vorname / Adresse / Telefon

Name / Vorname / Adresse / Telefon

9. BEMERKUNGEN

Beiliegende Unterlagen / eventuell separat senden

Fotos

Europ. Unfallprotokoll

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.