

### 1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC / Bank / IBAN-Nr.
E-Mail	

### 2. SCHADENEREIGNIS

Schadendatum	Schadenort
	Genaue Lokalität
Schadenhergang	
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

### 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"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mangelhaftes Material oder mangelhafte Installation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grund		

### 8. ZUSÄTZLICHE FRAGEN

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

verwandt

Ja

Nein

Verwandtschaftsgrad

Ein Verschulden des Geschädigten oder eines Dritten

Ja

Nein

Grund

### 9. BEMERKUNGEN

### 10. BEILIEGENDE UNTERLAGEN / EVENTUELL SEPARAT SENDEN

Korrespondenz (sofern vorhanden)

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](mailto:info@vcw.ch) oder per Post an Ihren VCW-Berater.  
VCW Versicherungs-Treuhand AG, Beratername, Bösch 37, 6331 Hünenberg. Dankeschön.