

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

Positions-Nr. in der Police	
Datum und Zeit	Stockwerk / Raum
Strasse	Amtliche Tatbestandsaufnahme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Dienststelle
PLZ / Ort	
Schadenhergang	
Gab es einen Betriebsunterbruch	
Voraussichtliche Schadenhöhe	
Ist jemand für den Schaden verantwortlich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Name / Adresse
Gibt es Zeugen (Name / Adresse)	
Bestehen noch andere Versicherungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Gesellschaft, Police-Nr.

3. SCHADENUMFANG

Welche Maschine / Anlage / Apparat wurde beschädigt	
Wer wird die Reparatur ausführen	
Name / Firma	
Adresse	
E-Mail	
Telefon / Fax	

4. BEI FEUER- (BRAND-, BLITZ-, ELEMENTAR-) UND / ODER WASSERSCHÄDEN

Wurde die Feuerwehr aufgeboden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Rettungs- bzw. sofortigen Schadenminderungsmaßnahmen wurden bereits getroffen	

5. BEI DIEBSTAHLSCHÄDEN

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss Nein Ja – Beschreibung der Behältnisse

6. ALLGEMEINE FRAGEN

Wurde der Schaden durch eine Drittperson verursacht Nein Ja – Name / Adresse

Besitzt der Verursacher eine Haftpflichtversicherung Nein Ja – Gesellschaft

Bestehen für die vom Schaden betroffenen Sachen andere Versicherungen Nein Ja – Welche

Wurde eine Schadenanzeige veranlasst Nein Ja – Gesellschaft

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden

7. BEMERKUNGEN

8. SCHADENAUFSTELLUNG

BEWEGLICHE SACHEN (Einrichtungen, Waren usw.) Bitte Kaufbelege beilegen

Gegenstände des Versicherten

Anzahl	Gegenstände (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	Ankaufort	Schadenhöhe
--------	-----------------------------	-----------	-----------	-----------	-------------

Dritteigentum *

Anzahl	Gegenstände (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	Ankaufort	Schadenhöhe
--------	-----------------------------	-----------	-----------	-----------	-------------

* Eigentümer der betroffenen Sachen (Eigentumsvorbehalt usw.)

Name / Firma

Strasse / PLZ / Ort

Telefon / Fax

SCHÄDEN AN GEBÄUDEN

Stockwerk / Raum	Art des Schadens	notwendige Reparaturarbeiten	Reparaturkosten

Wer wird die Reparatur ausführen

Name / Firma

Strasse / PLZ / Ort

Telefon / Fax

Gebäudeeigentümer

GLASSCHÄDEN

Anzahl	Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe / Breite in cm	Schadenhöhe

Wer wird die Reparatur ausführen

Name / Firma

Strasse / PLZ / Ort

Telefon / Fax

Eigentümer

9. BEILIEGENDE UNTERLAGEN / EVENTUELL SEPARAT SENDEN

Vorkorrespondenz

Anwendbare Geschäftsbedingungen

Kaufvertrag

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.