

Versicherungsnehmer

Name, Vorname oder Firmenname _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon und Natel _____

E-Mail _____

Name der Kontaktperson _____

IBAN _____

MWST-pflichtig ja nein Wenn ja, MWST-Nr. _____

Rechtsschutz ja nein Wenn ja, Gesellschaft _____

Nr. des Versicherungsvertrags (z.B. 12345678.2200) _____

Beteiligte Personen	Person A	Person B	Person C
In der Eigenschaft als	<input type="checkbox"/> Geschädigter	<input type="checkbox"/> Geschädigter	<input type="checkbox"/> Geschädigter
	<input type="checkbox"/> Zeuge	<input type="checkbox"/> Zeuge	<input type="checkbox"/> Zeuge
	<input type="checkbox"/> Verursacher	<input type="checkbox"/> Verursacher	<input type="checkbox"/> Verursacher
	<input type="checkbox"/> Haftpflichtiger	<input type="checkbox"/> Haftpflichtiger	<input type="checkbox"/> Haftpflichtiger
	<input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Mieter
Name oder Firmenname	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
Strasse und Hausnummer	_____	_____	_____
PLZ	_____	_____	_____
Ort	_____	_____	_____
Telefon/Natel	_____	_____	_____
E-Mail	_____	_____	_____
Personenschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Verletzungen	_____	_____	_____
Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	_____	_____	_____
Beruf	_____	_____	_____
Arbeitgeber	_____	_____	_____
Unfallversicherung	_____	_____	_____
Sachschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Schäden	_____	_____	_____
Fotos	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Motorfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenschätzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Reparateurs	_____	_____	_____
Wann ist das Fahrzeug beim Reparateur (Datum)?	_____	_____	_____

Haftpflicht- / Sachversicherung	_____	_____	_____
Mögliche Haftung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehung zwischen den beteiligten Personen, einschliesslich der Versicherungsnehmer, d. h.: Familienmitglied, gemeinsamer Haushalt, Mitglied des Personals	Wenn ja, bitte präzisieren	Wenn ja, bitte präzisieren	Wenn ja, bitte präzisieren

Waren mehr als 3 Personen beteiligt, füllen Sie bitte Ziffer 2 auf einer neuen Schadenanzeige aus

Beschrieb des Ereignisses und der Umstände

Ereignis

Art der Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Privat- <input type="checkbox"/> Berufs- <input type="checkbox"/> Gebäudehaftpflicht
Datum und Uhrzeit	_____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
Polizeibericht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Zusätzliche Exemplare

Zusätzliche Exemplare des vorliegenden Formulars stehen auf unserer Website www.vaudoise.ch unter der Rubrik «Schaden» zur Verfügung.

Der Unterzeichnende erklärt sich einverstanden, dass die Vaudoise die notwendigen Angaben betreffend den Schadenfall oder ein anderes leistungsbegründendes Ereignis, an andere anerkannte Dienstleistungsbetriebe oder Versicherer weiterleitet, insbesondere an Mitversicherer oder Rückversicherer, in der Schweiz und im Ausland. Die Gesellschaft ist zudem berechtigt, bei anderen Versicherern Auskünfte einzuholen und in alle amtlichen oder prozessualen Dokumente Einsicht zu erhalten. Dieses Einverständnis ist unabhängig von der Anerkennung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Bei elektronischem Versand verzichten die Vaudoise Versicherungen auf handschriftliche Unterzeichnung.

Ort und Datum

Name des Unterzeichners

Unterschrift

Wenn Sie das Formular ausgefüllt haben und über Acrobat Reader Version 10 oder höher verfügen, klicken Sie auf Senden. Andernfalls drucken Sie das Formular aus und schicken es per Post an: Vaudoise Allgemeine, Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, 1001 Lausanne.

Senden

Drucken