

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	Person A	Person B	Person C
In der Eigenschaft	<input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Grundstückeigentümer <input type="checkbox"/> Immobilienverwaltung <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Grundstückeigentümer <input type="checkbox"/> Immobilienverwaltung <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Grundstückeigentümer <input type="checkbox"/> Immobilienverwaltung <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	_____	_____	_____
Haftpflichtversicherung	_____	_____	_____

Beschrieb des Ereignisses und der Umstände _____

Ereignis	Betroffene Sachen
	<input type="checkbox"/> Gemietetes Gebäude <input type="checkbox"/> Gebäude als Eigentum <input type="checkbox"/> Gebäude als Miteigentum <input type="checkbox"/> Haushaltsinventar <input type="checkbox"/> Geschäftsinventar <input type="checkbox"/> Büroinventar <input type="checkbox"/> technische Anlagen <input type="checkbox"/> Wertgegenstände <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung <input type="checkbox"/> sonstiges _____

Ursache des Ereignisses Feuer Elementarschaden
 einfacher Diebstahl Einbruchdiebstahl
 Glasbruch Wasserschaden
 andere

Datum und Uhrzeit _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Fotos ja nein

Andere Versicherer ja nein Wenn ja, Name der Gesellschaft _____

Polizeibericht erstellt ja nein Wenn ja, welche Polizeidienststelle _____

Gleichzeitige Mitteilung ja nein Wenn ja, bei welcher Einrichtung _____
des erfolgten Ereignisses

Beschädigte Gegenstände	Gegenstand	Marke/Typ	Kaufdatum	Gekauft bei	Bezahlter Preis	Kosten der allfälligen Reparatur	Bemerkung

Allgemeine
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