

<b>Versicherungs- nehmer</b>	Name, Vorname oder Firmenname	_____		
	Strasse und Hausnummer	_____		
	PLZ/Ort	_____		
	Telefon und Natel	_____		
	E-Mail	_____		
	Name der Kontaktperson	_____		
	IBAN	_____		
	MWST-pflichtig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, MWST-Nr. _____
	Rechtsschutz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Gesellschaft _____
Nr. des Versicherungsvertrags (z.B. 12345678.2200) _____				

<b>Beteiligte Personen</b>		<b>Person A</b>	<b>Person B</b>	<b>Person C</b>
In der Eigenschaft als	<input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Zeuge <input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Haftpflichtiger <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Zeuge <input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Haftpflichtiger <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Zeuge <input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Haftpflichtiger <input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Zeuge <input type="checkbox"/> Verursacher <input type="checkbox"/> Haftpflichtiger <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	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
Strasse und Hausnummer	_____	_____	_____	_____
PLZ	_____	_____	_____	_____
Ort	_____	_____	_____	_____
Telefon/Natel	_____	_____	_____	_____
E-Mail	_____	_____	_____	_____
<b>Personenschäden</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Verletzungen	_____	_____	_____	_____
Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	_____	_____	_____	_____
Beruf	_____	_____	_____	_____
Arbeitgeber	_____	_____	_____	_____
Unfallversicherung	_____	_____	_____	_____
<b>Sachschäden</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Reparaturs	_____	_____	_____	_____
Wann ist das Fahr- zeug beim Reparaturs (Datum)?	_____	_____	_____	_____

Haftpflicht- / Sachversicherung

Mögliche Haftung

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ 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

☐ Privat- ☐ Berufs- ☐ Gebäudehaftpflicht

Datum und Uhrzeit

Strasse

PLZ/Ort

Polizeibericht

☐ ja ☐ nein

**Bemerkungen**

**Zusätzliche  
Exemplare**

Zusätzliche Exemplare des vorliegenden Formulars stehen auf unserer Website [www.vaudoise.ch](http://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