

<b>1. Versicherungsnehmer</b>	Name, Vorname oder Firmenname	
	Adresse	
	PLZ / Ort	
	Telefon / Fax	
	E-Mail	
	Name der Kontaktperson	
	PK oder Bankkonto	
	MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: MWST-Nr.
	Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Gesellschaft
Nr. des Versicherungsvertrags (z. B. 123456.2200)	216965 2200	

<b>2. Beteiligte Personen</b>	In der Eigenschaft als:	<b>Person A</b>	<b>Person B</b>	<b>Person C</b>
		<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	
Zivilstand				
Strasse				
PLZ				
Ort				
Telefonnummer				
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	
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				
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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte präzisieren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte präzisieren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte präzisieren:	

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

<b>3. Beschrieb des Ereignisses und der Umstände</b>		
<b>4. Ereignis</b>	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
<b>5. Bemerkungen</b>		
<b>6. Zusätzliche Exemplare</b>	Zusätzliche Exemplare des vorliegenden Formulars stehen auf unserer Website <a href="http://www.vaudoise.ch">www.vaudoise.ch</a> unter der Rubrik Schadenmeldungen zur Verfügung.	

Der Unterzeichnete erklärt sich einverstanden, dass die Gesellschaft die notwendigen Angaben betreffend den Schadenfall oder ein anderes Ereignis, das Anspruch auf Leistungen gibt, an andere Versicherer weitergibt, insbesondere an Mitversicherer oder Rückversicherer in der Schweiz und im Ausland. Die Gesellschaft ist zudem berechtigt, bei den anderen Versicherern Auskünfte zu verlangen und in alle offiziellen oder rechtlichen 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.

<b>Ort und Datum:</b>	<b>Name des Unterzeichners:</b>	<b>Unterschrift</b>
-----------------------	---------------------------------	---------------------