

<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)				
<b>2. 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
	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>
-----------------------	---------------------------------	---------------------