

Schadenanzeige Motorfahrzeug

Versicherungsgesellschaft:			
Kundenbetreuer:	PederConsulting Versicherungs- & Vorsorgezentrum AG Ottostrasse 6 Postfach 519 7000 Chur	Tel. 081 258 47 00 Fax 081 258 47 07	
Versicherungsnehmer:		office@peder.ch	
		Tel. P. Tel. G. Post-/Bankverb.: E-Mail: MwSt Nr.:	
Police:			

1. Schadenverursacher Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel: Führerausweis Prüfungsdatum: Kontrollschild-Nr. / Fahrzeugdaten:			
2. Geschädigte Person Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel: Kontrollschild-Nr. / Fahrzeugdaten: Mit VN verwandt: Mit VN in Hausgemeinschaft:			
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
3. Schadendatum / Zeit / Ort:			
4. Ort beschädigte Sachen, eigene:			
5. Ort beschädigte Sachen, fremde:			
6. Polizeirapport / Dienststelle:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn Ja erstellt von:
7. Verschulden Schadenverursacher:			
8. Verschulden Geschädigter:			
9. Schadenssumme:			
10. Schadenhergang:			
11. Witterung / Strassenzustand:			
12. Zeugen Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel:			
13. Verletzte Personen: Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel: Worin besteht die Verletzung: Behandelnder Arzt / Spital:			
14. Besteht eine Rechtsschutzvers.: Wurde der Schaden angemeldet:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn Ja Gesells./Policen-Nr.:
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
15.			
16. Bitte veranlassen Sie:			
17. Beilagen:			
18. Anmerkungen:			
19. Vollmachten:	Die Gesellschaft wird bevollmächtigt, den Polizeirapport einzuverlangen. Der Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben. Er haftet für die Richtigkeit. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche Akten in diesem Schadenfall und entbindet die behandelnden Ärzte vom Arztgeheimnis.		
20. Unterschriften:	Versicherungsnehmer:	Datum:	