

# Schadenanzeige

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

1. Schadenursache:	
2. Schadendatum / Zeit / Ort:	
3. Polizeirapport / Dienststelle:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja erstellt von:
4. Besteht eine weitere Versicherung: 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
5. Eigner der beschädigten Sachen Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel:	
6. Ist eine Drittperson verantwortlich: Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel: Besitzt diese eine Haftpflichtvers.:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja Name Adresse: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja Gesells./Policen-Nr.:
7. Schadensumme:	
8. Schadenhergang:	
9. Liste der beschädigten Sachen:	
10. Entstand ein Betriebsunterbruch:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja von bis:
11. Zeugen Name, Geb. Datum, Anschrift, Tel:	
12.	
<b>13. Bitte veranlassen Sie:</b>	
14. Beilagen:	
15. Anmerkungen:	
16. 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.
17. Unterschriften:	Versicherungsnehmer: Datum: