

Schadenanzeige (H3)



Firma/
Name
Str.
Postf.
PLZ/Ort

Kontakt/
Name
Tel.
Fax
Email

Hungerbuelstrasse 22
8501 Frauenfeld
Telefon 052 725 05 80
Telefax 052 725 05 81
www.arbenz-riskservice.ch

Sachschaden: Ja Nein
Vermögensschaden: Ja Nein

Personenschaden: Ja Nein

Versicherungsnehmer:

Name: _____

Geb.dat / Beruf / Zivilst.: _____

Adresse: _____

Bank/Post: _____

Kontaktperson, Telefon: _____

Gesellschaft: _____

Police Nr.: _____

AVB-Ausgabe: _____

Versicherungssumme: _____

Selbstbehalt: _____

Schadendatum: _____

Schadenort: _____

Schadenhöhe: _____

Schadenhergang: _____

Schuldig: Ja Nein teilweise

Polizeirapport: Ja Nein Erstellt durch: _____

Rechtsschutz: Ja Nein Gesellschaft: _____

Verursacher:

Geschädigter: Name
(Adresse, Telefon, Post/Bank)

Massnahmen

Kontakt aufnehmen mit: _____

Besuchsdat. vereinbart: _____

Weisungen an VN: _____

Weis. an Geschädigten: _____

Eingeforderte Dokumente: _____

Bemerkungen

Einwilligung: Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die Versicherungs-Gesellschaft im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Auskünfte von Dritten (Versicherer, Behörden usw.) einholt und Daten an solche Stellen übermittelt. Personen, welche die Gesellschaft um Auskünfte ersuchen, werden von der/dem Unterzeichnenden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____