Schadenformular

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsvertrag** | |
| Policen Nummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Versicherung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname, Adresse und Telefon der versi­cherten Person | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname , Adresse und Telefon der Person, welche den Schaden anmeldet | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Für Rückfragen bitte wenden an | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Schadeninformation** | |
| Genaues Datum des Schadens (inkl. Uhrzeit) | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wo ereignete sich der Schaden | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Genaue und detaillierte Beschreibung des Scha­den­ereignisses | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wer hat den Schaden verursacht und wie | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname, Adresse und Telefon der verant­wortlichen Person | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Körperschaden** | |
| Wurden Personen verletzt | Ja  Nein |
| **Die SRB benötigt folgende Angaben zu jeder einzelnen verletzten Person** | |
| 1. Person: Name und Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum und Geschlecht | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Worin besteht die Verletzung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Adresse der medizinischen Institution, welche die Behandlung durchführte | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Angaben zum Rechtsvertreter | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Person: Name und Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum und Geschlecht | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Worin besteht die Verletzung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Adresse der medizinischen Institution, welche die Behandlung durchführte | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Angaben zum Rechtsvertreter | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Person: Name und Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum und Geschlecht | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Worin besteht die Verletzung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Adresse der medizinischen Institution, welche die Behandlung durchführte | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Angaben zum Rechtsvertreter | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sachschäden (fremdes Eigentum)** | |
| Die SRB benötigt folgende Angaben | |
| Welche Sachen sind beschädigt worden | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Worin besteht die Beschädigung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wo befinden sich die beschädigten Sachen (Adressen) jetzt | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Adresse des Eigentümers der beschä­digten Sache | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Besteht eine schriftliche Schätzung der Schaden­höhe bzw. ein Kostenvoranschlag für die Schaden­behebung | Ja  Nein |
| Wenn ja, in welcher Gesamthöhe | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Angaben zum Rechtsvertreter | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zeugen (Name, Adresse und Telefon) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| Die Versicherungsnehmerin darf ohne vorherige Einwilligung der Versiche­rungs­ge­sellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Sie ermächtigt den Versi­cherer zur Einsichtnahme in sämtlichen - diesen Schadenfall betreffenden - Akten (wie Akten des Administrativverfahrens, Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA/AHV, IV etc.). |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |
| Unterschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beilagen** | |
| Legen Sie dieser Anzeige bitte sämtliche Dokumente bei, welche den beschriebenen Sachverhalt nachweisen | |
| 1 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 3 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 4 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 5 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 6 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 7 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 8 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |