

Schadenanzeige (allgemein)



Firma/
Name
Str.
Postf.
PLZ/Ort

Kontakt/
Name
Tel.
Fax
Email

Messenriet 18a
8501 Frauenfeld
Telefon 052 724 04 04
Telefax 052 724 04 05
www.arbenz-riskservice.ch

Versicherungsnehmer

Name: _____ Email: _____
Strasse: _____ PLZ Ort: _____
Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Gesellschaft: _____ AVB-Ausgabe: _____
Police Nr.: _____ Versicherungssumme: _____
Branche: _____ Selbstbehalt: _____

Geschädigter

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ Ort: _____
Telefon: _____
Bank/Post: _____ Konto-Nr.: _____
Schadendatum: _____
Schadenort: _____
Schadenhöhe: _____
Versichertes Ereignis: _____
Schadenhergang: _____

Besichtigung vom Kunde/Geschädigtem gewünscht: Ja Nein

Massnahmen

Kontakt aufnehmen mit: _____
Weisungen an VN: _____
Eingeforderte Dokumente: _____
Polizeirapport: Ja Nein Erstellt durch: _____
Fotos gemacht: Ja Nein

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: _____