

# Schadenanzeige allgemein



**Allrisk AG**  
Rheinweg 1A, 8200 Schaffhausen  
Tel 052/643-3377 Fax 052/643-3378  
www.allrisk.ch

## Vom Versicherungsnehmer (VN) auszufüllen

Firma VN	<input type="text"/>	Telefon (Kontakt)	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	eMail Kontaktperson	<input type="text"/>
Bank/Post	<input type="text"/>		
Schadendatum	<input type="text"/>	Schadenhöhe	<input type="text"/>
Schadenort	<input type="text"/>		
Schadenhergang	<input type="text"/>		
Polizeirapport	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erstellt durch	<input type="text"/>
Fotos vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

Bemerkungen

### Geschädigter

Name / Firma	<input type="text"/>	Telefon (Kontakt)	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	eMail Kontaktperson	<input type="text"/>

## Wird von der Allrisk ausgefüllt

Vers. Gesellschaft	<input type="text"/>
Police-Nr.	<input type="text"/>
Branche	<input type="text"/>
Versicherungssumme	<input type="text"/>
Selbstbehalt	<input type="text"/>

## Massnahmen

Weisungen an VN	<input type="text"/>
Weis. an Geschädigten	<input type="text"/>
Kontakt von VN an	<input type="text"/>
Besuchtermin vereinbart	<input type="text"/>
Dokumente eingefordert	<input type="text"/>

Bemerkungen

Dies ist ein Formular ohne Unterschrift. Durch Eintragung meines Namens in das Unterschriften-Feld gilt das Formular als unterschrieben. Gleichzeitig ermächtige ich mit der Eintragung meines Names die Allrisk AG sowie die beteiligten Versicherungsgesellschaften im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles zur Einsichtnahme in medizinische und polizeiliche Akten.

Unterschrift: