

# Schadenmeldung

Schweizerischer Feuerwehrverband  
Fédération suisse des sapeurs-pompiers  
Federazione svizzera dei pompieri  
Federaziun svizra dals pumpiers



an die Hilfskasse des Schweizerischen Feuerwehrverbandes, Morgenstrasse 1, 3073 Gümligen

## 1. Sektion

Sektion Nr.	Name Feuerwehr		
vertreten durch	Kommandant	Fourier	andere
Name	Vorname		
Strasse	PLZ/Ort		
Telefon Geschäft	Telefon Privat		
Telefax	E-Mail		

## 2. Anspruchsberechtigte Person

Anrede	Herr	Frau	
Name	Vorname		
Geburtsdatum (xx.xx.xxxx)	Zivilstand	ledig geschieden	verheiratet/Partner. verwitwet
Strasse	PLZ/Ort		
Beruf	selbständigerwerbend nicht erwerbstätig	angestellt	
Arbeitszeit pro Woche	8 Std. und mehr	weniger als 8 Std	
Telefon Geschäft	Telefon Privat		
Telefax	E-Mail		
Eingeteilt in Feuerwehr seit:	Funktion	Kader nicht Kader	

## 3. Arbeitgeber

Firma	
Telefon Geschäft	Telefax

## 4. Schadenereignis

Einsatz	Übung	Kurs	anderes (was?)
Datum (xx.xx.xxxx)	Zeit (00 - 24) (00:00)		
Schadenort			
Unfall	Krankheit	Sachschaden	
Amtliche Tatbestandsaufnahme	nein	ja, durch	
Genauere Schilderung des Schadenhergangs/Ursache (beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe usw.)			

Besteht für das Ereignis noch anderweitig eine Versicherung <small>z.B. Unfallversicherung (UVG/NBU oder privat); Haftpflichtversicherung (Gemeinde und/oder privat); Wertsachenversicherung</small>	nein	ja
Versicherungsgesellschaft	Police-Nr.	

**5. Welche Leistungen werden beansprucht?**

Taggeld / Invaliditätsleistungen	Angaben unter Punkt 5.1
Todesfall-Leistungen	Angaben unter Punkt 5.2
Sachschäden	Angaben unter Punkt 5.3

**5.1 Angaben bei Unfällen oder Krankheiten**

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit?	vorübergehend zu	%
	bleibend zu	%
	nein	

Das Ereignis ist bei der Unfallversicherung (privat oder UVG) oder der Krankenkasse ebenfalls gleichzeitig zu melden!

Art der Verletzung	Verbrennung	Rauch	Bruch
	Schnitt/Platzwunde	Schwäche	Biss/Stich
	Prellung/Quetschung	Zerrung/Riss	
	andere (was?)		

Betroffener Körperteil	Atmungsorgane	Bein	Arm	links
	Kopf/Nacken	Knie	Ellenbogen	
	Rücken/Schulter	Fuss	Hand	rechts
	andere (was?)			

Art der Erkrankung
--------------------

Name/Vorname des Arztes
-------------------------

Strasse	PLZ/Ort
---------	---------

Telefon des Arztes	Telefax des Arztes
--------------------	--------------------

**5.2 Angaben zu Todesfall-Leistungen**

(Achtung: Hilfskasse SFV bitte sofort telefonisch avisieren!)

Ehegattin/-gatte	eingetragener Partner
------------------	-----------------------

Name	Vorname	Geb.Datum <small>(xx.xx.xxxx)</small>
------	---------	--

Stasse	PLZ/Wohnort
--------	-------------

Unterstützungsberechtigte Hinterbliebene des Verstorbenen melden ihre Ansprüche direkt an die Hilfskasse SFV

Kinder	Geb.Datum <small>(xx.xx.xxxx)</small>
--------	--

**5.3 Angaben zu Sachschäden**

Beschädigte persönliche Gegenstände des Anspruchsberechtigten sind unter Beilage von Quittungen, Wertbestätigungen des Verkaufsgeschäftes, Garantieschein u.a. einzureichen.

Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum <small>(xx.xx.xxxx)</small>	Kaufpreis	Schadenhöhe*
----------------------------	--	-----------	--------------

	CHF	CHF
--	-----	-----

	CHF	CHF
--	-----	-----

	CHF	CHF
--	-----	-----

Teilschaden*/Reparaturkosten	gemäss beiliegender Offerte Offerte wird nachgereicht
------------------------------	--

Totalschaden*/Ersatzkosten	gemäss beiliegender Offerte Offerte wird nachgereicht
----------------------------	--

**6. Bestätigung/  
Unterschriften**

Diese Schadenmeldung ist wahrheitsgetreu ausgefüllt. Das Ereignis wurde gemäss Punkt 5.1 bei anderen Versicherungen angemeldet. Die anspruchsberechtigte Person ermächtigt die Hilfskasse SFV zur Einsichtnahme in amtliche, gerichtliche, medizinische und sonstige Akten. Sie entbindet insbesondere behandelnde Ärzte vom Arztgeheimnis.

Die Ausrichtung der Leistungen erfolgt durch die Hilfskasse SFV. Die anspruchsberechtigte Person tritt deshalb allfällige Ansprüche aus Kapitaleistungen der Unfallversicherung soweit und sofern an die Hilfskasse des SFV ab, wie diese von der Hilfskasse ganz oder teilweise bevorschusst werden.

Ort, Datum:

Unterschrift Feuerwehrkommando

Unterschrift anspruchsberechtigte Person