

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

| | | |
|---------------|----------------------------------|---|
| Name/Vorname | Geb.-Datum | Zivilstand |
| Firma | PC- oder Bankkonto | |
| Beruf/Betrieb | Bank/Filiale in | |
| | MWST-pflichtig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Strasse | MWST-Nr. | |
| PLZ/Ort | Sind Sie rechtsschutzversichert? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tel. P. Mobil | Wo? | |
| Tel. G. Mobil | | |
| Fax E-Mail | Ist der Fall gemeldet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bezeichnung des verwendeten eigenen Motorfahrzeugs (Bitte anhand des Fahrzeugausweises genau beantworten!)

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Fahrzeugart (PW, Lastwagen, etc.) | Kontrollschildnummer |
| Fabrikmarke und Typ | Total gefahrene km |
| Chassis- bzw. Stamm Nr. | 1. Inverkehrsetzung |

Führer des versicherten Fahrzeugs

| | |
|--|---|
| Name/Vorname | Name der Begleitperson |
| Firma | Seit wann hat sie den Führerausweis? |
| Beruf/Betrieb | Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt? |
| Strasse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| PLZ/Ort | Wie? |
| Geb.-Datum | Steht er in Ihrem Dienst? |
| Nationalität | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besitz gültigen Führerausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? |
| Schweizerischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Seit wann? | War ihm das Fahrzeug ausgemietet? |
| Ausländischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besitz Lernfahrausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | (leer lassen) |

*massgebend ist der Ausweis, der zum Führen des versicherten Fahrzeugs berechtigt.

Schadenereignis

| | | | |
|--|-------------|---------------------------------------|---|
| Datum | Zeit (0-24) | Amtliche Tatbestandsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ort und Strasse | | Durch wen? | |
| <input type="checkbox"/> ausserorts <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Nebel | | | |
| <input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> dunkel | | | |
| Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für | | | |
| <input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht schuldig | | Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h | |
| | | Geschwindigkeit des Geschädigten km/h | |

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Fahrzeuge Eigenes andere etc. Fußgänger Radfahrer

Skizze

Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)?

Mitfahrer Zeuge

a) Name/Vorname
Strasse
PLZ/Ort

Tel. P. Mobil
Tel. G. Mobil
Fax E-Mail

Mitfahrer Zeuge

b) Name/Vorname
Strasse
PLZ/Ort

Tel. P. Mobil
Tel. G. Mobil
Fax E-Mail

Mitfahrer Zeuge

c) Name/Vorname
Strasse
PLZ/Ort

Tel. P. Mobil
Tel. G. Mobil
Fax E-Mail

Andere beteiligte Fahrzeuge

Namen des Fahrzeugführers _____ Haftpflichtversicherungsgesellschaft _____ Bezeichnung der Fahrzeuge _____

a) _____
b) _____

Name des Halters _____ Kontrollschild-Nummern _____ Strasse _____ PLZ/Ort _____

a) _____
b) _____

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

a) Name/Vorname _____ Zivilstand _____ Geb.-Datum _____
(leer lassen)

Strasse _____

PLZ/Ort _____ Arbeitgeber _____

Beruf _____ Worin besteht die Verletzung? _____
(leer lassen)

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____

b) Name/Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____

Welche Geschädigte in Ihrem Fahrzeug waren mit Sicherheitsgurten geschützt? a) b)Welche Geschädigte sind mit dem Halter verwandt? a) b)

Wie? _____

Zivilstand _____ Geb.-Datum _____
(leer lassen)

Arbeitgeber _____

Worin besteht die Verletzung? _____
(leer lassen)Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? ja nein

Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse? _____

Welche Geschädigte standen im Dienste des Halters oder Fahrzeugführers? a) b)

Stellung _____

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren (für Haftpflichtversicherung) Aufstellung der betroffenen Sachen

Gegenstand 1 _____

Art der Beschädigung _____

Name/Vorname des Eigentümers _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Gegenstand 2 _____

Art der Beschädigung _____

Name/Vorname des Eigentümers _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? nein ja

Standort _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____
(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? _____

MWST-pflichtig ja nein

MWST-Nr. _____

Standort _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____
(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? _____

MWST-pflichtig ja nein

MWST-Nr. _____

Wie? _____

Bei Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeugs (Bitte wenn möglich Fotos beilegen) Vor Beginn der Reparatur ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur? _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft? _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____

Ab wann? _____

Zu welchem Preis? CHF _____

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Fahrzeugführers
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____