

Schadenanmeldung für Motorfahrzeuge

 Haftpflicht
 Teilkasko

 Vollkasko
 Unfall

Versicherungsnehmer

Police Nr.

Name, Vorname/Firma

Strasse

Beruf

PLZ, Or

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Rechtsschutzversicherung?

Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Wurde der Fall gemeldet?

Ja Nein

PC-Konto

Sind die mehrwertsteuerpflichtig?

Ja Nein

Wenn ja: Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

Ja Nein

Bank-Konto, Name und Ort der Bank

Wenn ja: Mehrwertsteuer-Nr.

Am Unfall beteiligtes eigenes Fahrzeug (gemäss Angaben im Fahrzeugausweis)

Stamm-Nr.

Chassis-Nr.

Kontrollschild-Nr.

Marke und Typ

1. Inverkehrsetzung

Anzahl der Insassen beim Unfall (inkl. LenkerIn)

Beförderung gegen Bezahlung?

Km-Stand

War das Fahrzeug vermietet?

Ja Nein

Ja Nein

Lenker/in des oben genannten Fahrzeugs

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon P

Telefon G

Adresse, PLZ/Ort

Beruf

Gültiger Führerausweis? Kategorie

Ja Nein

Seit (Tag, Monat, Jahr)

War er/sie vom Halter zur Fahrt ermächtigt?

Ja Nein

Nur bei Lernfahrausweis: Name der Begleitperson

Mit gültigem Fahrausweis seit

Kategorie

Schadenereignis

Datum

Zeit

Witterung/Strassenzustand

Ort und Strasse

Zeugen (Name, Adresse, Telefon)

innerorts ausserorts

Wen trifft nach Ihrer Ansicht ein Verschulden und weshalb?

Polizeirapport

Durch welche Amtsstelle aufgenommen? Wer wurde angezeigt?

Ja Nein

Beschreibung des Schadenereignisses

Verletzte Personen (bei mehreren, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Name, Vorname

in meinem Fahrzeug
in einem andern Fahrzeug

Radfahrer
Fussgänger

Ist sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?

Ja Nein

Adresse

Beruf/Arbeitgeber

SUVA-/UVG-/MV-versichert

Ja Nein

Geburtsdatum

Tel. P

Art der Verletzung

Besteht eine sonstige Unfallversicherung?

Zivilstand

Tel. G

Ja Nein

Arbeitsunfähig

Behandelnder Arzt/Spital (Name, Adresse, Telefon)

Bei welcher Gesellschaft?

Ja Nein

Sicherheitsgurte getragen?

Ja Nein

Beschädigtes fremdes Fahrzeug (bei mehreren, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Halter/in (Name, Adresse)

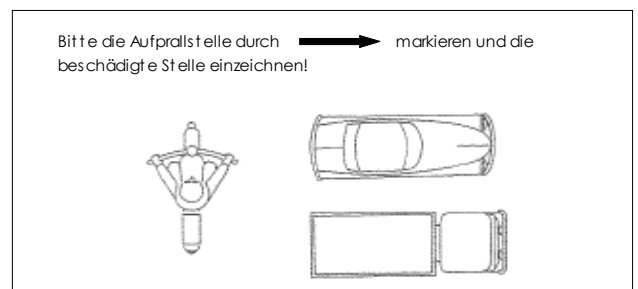
Lenker/in

Marke und Typ, Kontrollschild-Nr.

Wo ist es haftpflichtversichert?

Wo erfolgt die Reparatur?

Ab wann?



Beschädigte sonstige Sache (Signal, Fahrrad, Tier usw.)

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens

Schadenhöhe ca. Fr.

Geschädigte/-r, Eigentümer/in (Name, Adresse)

War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?

Ja Nein

Ist er/sie mit dem/der Fahrzeughalter/in verwandt? Verwandtschaftsgrad

Ja Nein

Wurde die Sache gegen Entgelt Befördert?

Ja Nein

Schaden am eigenen Fahrzeug (Melden Sie uns Reparaturen vor Auftragserteilung, falls Ihr Fahrzeug kaskoversichert ist)

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen

Wo erfolgt die Reparatur?

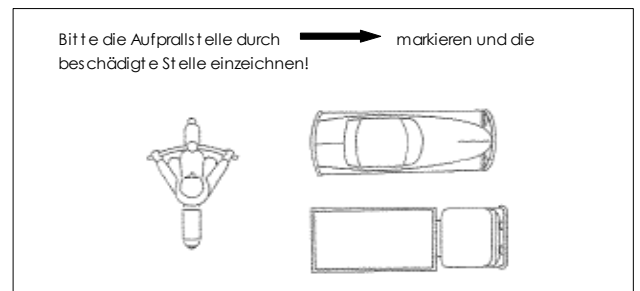
(Firma, Adresse)

Telefon G

Ab wann?

Reparaturkosten ca. Fr.

Wer hat den Schaden verursacht?



Wo ist der an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von anderen Versicherern oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen. Ausserdem ermächtigt der/die Unterzeichnete die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischem Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen. Der/Die Unterzeichnete ist damit einverstanden, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln können.

Ort und Datum

Unterschrift
des Versicherungsnehmers

Unterschrift
des Fahrzeuglenkers
