

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon

0800 809 809

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

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

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"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	Wie?
Geb.-Datum	Steht er in Ihrem Dienst?
Nationalität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besitzt gültigen Führerausweis*	Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schweizerischen Ausweis*	War ihm das Fahrzeug ausgemietet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Seit wann?	(leer lassen)
Ausländischen Ausweis*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Besitzt Lernfahrausweis*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

Schadenergebnis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme
Ort und Strasse		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		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 1 andere 2 3 etc. Fussgänger Radfahrer

Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)?

Mitfahrer Zeuge

a) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
PLZ/Ort _____ Fax _____ E-Mail _____

Mitfahrer Zeuge

b) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
PLZ/Ort _____ Fax _____ E-Mail _____

Mitfahrer Zeuge

c) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
PLZ/Ort _____ 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 _____
Strasse _____ (leer lassen)

PLZ/Ort _____ Arbeitgeber _____

Beruf _____ Worin besteht die Verletzung? _____
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____ (leer lassen)

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? nein ja

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 nein ja

MWST-Nr. _____

Standort _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____
(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? _____

MWST-pflichtig nein ja

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 Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur 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