

Schadenmeldung für Motorfahrzeuge

- Haftpflicht
- Vollkasko
- Teilkasko
- Unfall

Police Nr.

VersicherungsnehmerIn

Name, Vorname/Firma	Strasse	Beruf
PLZ/Ort	Telefon P Mobile	Telefon G E-mail
Rechtsschutzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	Wurde der Fall dort gemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bank-Konto, Name und Ort der Bank	Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: sind Sie vorsteuerabzugberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	km-Stand		War das Fahrzeug vermietet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

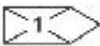


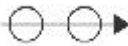

LenkerIn des oben genannten Fahrzeugs

Name Vorname	Geburtsdatum	Telefon P Telefon G
Adresse		Beruf
Gültiger Fahrausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kategorie	Seit (Tag, Monat, Jahr)
Nur bei Lernfahrausweis: Name der Begleitperson		War er/sie vom Halter zur Fahrt ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Mit gültigem Fahrausweis seit
		Kategorie

Schadenereignis

Datum	Zeit Uhr <input type="checkbox"/> vormittags Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags	Witterung/Strassenzustand
Ort und Strasse		<input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> ausserorts
Zeugen (Name, Adresse, Telefon)		
Wen trifft nach Ihrer Ansicht ein Verschulden und weshalb?		
Polizeirapport <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Durch welche Amtsstelle aufgenommen?	Wer wurde verzeigt?

Beschreibung des Schadenereignisses bzw. des Unfallhergangs mit Skizze (auch wenn ein Polizeirapport besteht)


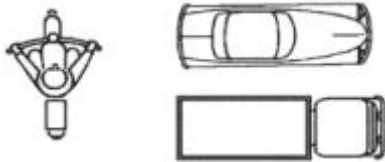
Zeichenmuster:	mein Wagen 	weitere Wagen 	Motorrad 	Fahrad 	Fussgänger 	Zeugen 1 2 usw.

Verletzte Personen (bei mehreren, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Name, Vorname		<input type="radio"/> in meinem Fahrzeug	<input type="radio"/> in einem andern Fahrzeug	<input type="radio"/> Radfahrer <input type="radio"/> Fussgänger	Ist sie mit dem Fahrzeughalter verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Adresse		Beruf/Arbeitgeber		SUVA-UVG- versichert? <input type="radio"/> ja MV- <input type="radio"/> nein	
Geburtsdatum	Zivilstand	Tel. P Tel. G	Art der Verletzung?		Besteht eine sonstige Unfallversicherung? <input type="radio"/> ja Bei welcher Gesellschaft? <input type="radio"/> nein
Arbeitsunfähig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Behandelnder Arzt / Spital (Name, Adresse, Telefon)			
Sicherheitsgurte getragen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					

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

HalterIn (Name, Adresse)		Tel. P	Tel. G
LenkerIn (Name, Adresse)		Mobile	E-mail
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		Tel. P	Tel. G
		Mobile	E-mail
Wo ist es haftpflichtversichert?		Vollkasko? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Teilkasko? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)		Telefon	
Ab wann?		Reparaturkosten ca. CHF	

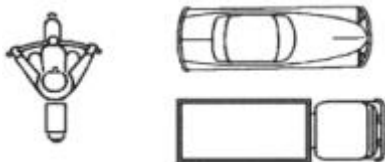
Bitte die Aufprallstelle durch  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen!**Beschädigte sonstige Sache** (Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf zusätzliches Blatt)

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens		Schadenhöhe ca. CHF	
Geschädigte/-r, EigentümerIn (Name, Adresse)		Telefon P	
		Telefon G	
War der/die Geschädigte MitfahrerIn? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ist er/sie mit dem/der FahrzeughalterIn verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verwandtschaftsgrad?	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Schaden am eigenen Fahrzeug

(Melden Sie uns Reparaturen vor Auftragserteilung, falls Ihr Fahrzeug bei uns kaskoversichert ist. Benachrichtigen Sie bei Diebstahl sofort die ortszuständige Polizei!)

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen	
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)	Tel.
Ab wann?	Reparaturkosten ca. CHF
Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?

Bitte die Aufprallstelle durch  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen!

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von anderen Versicherungen 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 kann.

Ort und Datum

Unterschrift
des VersicherungsnehmersUnterschrift
des Fahrzeuglenkers

Wir bitten Sie, folgendes zu beachten:

- Schadenfälle sind der Gesellschaft umgehend anzumelden, auch dann, wenn keine Ersatzansprüche gestellt werden oder sich der/die VersicherungsnehmerIn bzw. LenkerIn nicht verantwortlich fühlt.
- Todesfälle sind sofort mittels Fax oder telefonisch zu melden.
- Ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft dürfen dem/der Geschädigten gegenüber keine Ansprüche anerkannt werden.