

Schadenanzeige Motorfahrzeugversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich)

- Schaden an Ihrem Fahrzeug nach einer Kollision**
- Schaden an **Ihrem** Fahrzeug als Folge eines anderen Ereignisses (z. Bsp. Elementarschaden, Tierschaden, Schäden am parkierten Fahrzeug)
- Schäden an **fremden** Fahrzeugen oder Sachen
- Verletzung oder Tötung von Personen
- Diebstahl Ihres Fahrzeuges oder Beschädigung anlässlich eines Diebstahls
- Diebstahl oder Beschädigung von Reiseeffekten

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Branche / Betrieb	<input type="text"/>	Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>		Nationalität	<input type="text"/>
Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>	Arbeitgeber / Beruf	<input type="text"/>	
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	E-Mail	<input type="text"/>	
		IBAN	<input type="text"/>	
		MWST-Nummer	<input type="text"/>	
		Gesellschaft	<input type="text"/>	
		Ist der Fall gemeldet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Betroffenes Fahrzeug

(Bitte anhand des Fahrzeugausweises genau beantworten)

Fahrzeug	<input type="text"/>	Kontrollschild	<input type="text"/>
Marke und Typ	<input type="text"/>	1. Inverkehrsetzung	<input type="text"/> Kilometerstand <input type="text"/>
Chassis- / Stamm-Nummer	<input type="text"/>	Lenker bzw. Halter	<input type="text"/>

Fahrzeuglenker des versicherten Fahrzeugs

Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Name der Begleitperson	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Begleitperson besitzt Fahrausweis?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf / Betrieb	<input type="text"/>		Datum Fahrausweis	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Sind Sie mit dem Lenker verwandt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Verwandschaftsgrad	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		Steht er in Ihrem Dienst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Nationalität / Bewilligung

Lenker besitzt einen gültigen Fahrausweis? ja nein

Fahrausweis gültig ab: *

Schweizer Ausweis* Ausländischer Ausweis*
 Lernfahrausweis*

Hat der Fahrzeuglenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? ja nein

War ihm das Fahrzeug ausgemietet? ja nein

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

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)

Strasse, Nr

Land, PLZ, Ort

Amtliche Tatbestandsaufnahme ja nein
 (Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen)

Unfallörtlichkeit

ausserorts innerorts Privatstrasse
 Nebenstrasse Hauptstrasse Autobahn
 Betriebsgrundstück

Durch wen?
 (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)

Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h

Geschwindigkeit des Geschädigten km/h

Strassen- und Sicht-Verhältnisse

trocken nass dunkel
 Regen Nebel Dämmerung
 Eis Schnee


Halten Sie sich bzw. den Fahrzeuglenker Ihres Fahrzeuges für:
 schuldig teilweise schuldig nicht schuldig




Halten Sie eine andere Person für :
 schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Wen und wieso?

Bei Kollisionen bitte ausfüllen und Skizze erstellen

(bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

Fahrzeug Eigenes  andere 2 3

Fussgänger  Radfahrer  Motorradfahrer 

Skizze

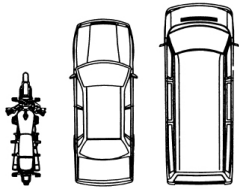
Hergang

Kasko Versicherer

Vollkasko

Teilkasko

Bitte die Aufprallstelle mit --> markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.



Name und Adresse der Werkstatt

Name **des Halters**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (am Tag) / Mobile

E-Mail

Sind Sie mit dem Halter verwandt?

ja nein

Verwandtschaftsgrad

Telefon

Reparaturdatum

Schätzung Schadenhöhe

Schätzung gemäss

Haftpflichtversicherer

Kasko Versicherer

Name **des Lenkers**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Marke und Typ

Kontrollschild

Vollkasko

Teilkasko

Verletzung oder Tötung von Personen

(für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

Rad-, Mofafahrer

Motorradfahrer

Angegurtet?

ja

nein

Fussgänger

Sozius-Mitfahrer

vorne

hinten

Insasse in meinem Fahrzeug

in einem anderen Motorfahrzeug

Anrede

Telefon G / Telefon P

Name, Vorname

Mobile

Strasse, Nr

E-Mail

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Worin besteht die Verletzung?

Geburtsdatum / Zivilstand

Beruf

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Geschädigter ist mit Halter verwandt

Verwandtschaftsgrad

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

Geschädigter steht im Dienst des Halters oder Lenkers

Versicherer/Krankenkasse

Stellung

Rad-, Mofafahrer

Motorradfahrer

Angegurtet?

ja

nein

Fussgänger

Sozius-Mitfahrer

vorne

hinten

Insasse in meinem Fahrzeug

in einem anderen Motorfahrzeug

Anrede

Telefon G / Telefon P

Name, Vorname	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Strasse, Nr	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>	Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/> <input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert		<input type="checkbox"/> Geschädigter ist mit Halter verwandt	
Versicherer/Krankenkasse	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Geschädigter steht im Dienst des Halters oder Lenkers	
		Stellung	<input type="text"/>

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

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>	Schätzung gemäss	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Sind Sie mit dem Eigentümer der beschädigten Sache verwandt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	E-Mail	<input type="text"/>
		Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>	Schätzung gemäss	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Sind Sie mit dem Eigentümer der beschädigten Sache verwandt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	E-Mail	<input type="text"/>
		Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Diebstahl

Ist das Fahrzeug geleast oder fremdfinanziert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Wie war das Fahrzeug gesichert?	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Garage Domizil	<input type="checkbox"/> andere Garage
	<input type="checkbox"/> Alarmanlage	<input type="checkbox"/> an einem anderen geschlossenen/bewachten Ort	
		<input type="checkbox"/> anderer unbewachter Ort	
Wurden Zubehör oder Ersatzteile gestohlen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kaufpreis	<input type="text"/>

Wenn ja, welche?

Bei Diebstahl Ihres Fahrzeuges benötigen wir folgende zusätzliche Angaben

(Kaufvertrag im Original beilegen)

Kaufdatum Neu Occasion Verkäufer

Wieviele Schlüssel gehören zu Fahrzeug Wo befanden sich diese?

Diebstahl oder Beschädigung von Reiseeffekten

(Kaufbeleg beilegen)

Objekt	beschädigt	gestohlen	Kaufdatum	Kaufpreis	Schadenhöhe	Eigentümer
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestehen anderweitige Versicherungen (z.Bsp. Hausrat, Reisegepäck)?

ja nein

Welche? Versicherer / Policennummer

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Fahrzeugführers
(sofern nicht identisch mit dem VN)

Unterschrift des Versicherungsnehmers