

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Versicherungs-Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name / Vorname _____ Geb.-Datum _____ Zivilstand _____

Firma _____ PC- oder Bankkonto _____

Beruf / Betrieb _____ Bank / Filiale _____

_____ in MWST-pflichtig nein ja

Strasse _____ MWST-Nr. _____

PLZ / Ort _____ Sind Sie Rechtsschutz versichert? nein ja

Tel. P. _____ Mobil _____ Wo? _____

Tel. G. _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____ Ist der Fall gemeldet? nein 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 _____

Fahrer des versicherten Fahrzeugs

Name / Vorname _____ Name der Begleitperson _____

Firma _____ Seit wann hat sie den Führerausweis? _____

Beruf/Betrieb _____ Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt? _____

Strasse _____ ja

PLZ / Ort _____ Wie? _____

Geb.-Datum _____ Steht er in Ihren Diensten? ja

Nationalität _____ Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit

Besitz gültigen Führerausweis* nein ja Ihrer Ermächtigung geführt? nein ja

Schweizerischen Ausweis* nein ja War ihm das Fahrzeug ausgemietet? _____

Seit wann? _____ nein ja

Ausländischen Ausweis* nein ja (leer lassen)

Besitz Lernfahrausweis* nein ja

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

Schadeneignis

Datum _____ Zeit (0-24) _____ Amtliche Tatbestandsaufnahme nein ja

Ort und Strasse _____ Durch wen? _____

ausserorts trocken Regen Nebel

innerorts Schnee Eis dunkel

Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für

schuldig teilweise nicht schuldig

Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h _____

Geschwindigkeit des Geschädigten km/h _____

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

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 <small>(leer lassen)</small>
-------------------------	------------------	--

Strasse _____

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 _____
 Arbeitgeber _____
 Worin besteht die Verletzung?
 _____ (leer lassen)
 Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?
 nein ja
 Bei welcher 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 -pflicht 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 in CHF _____
 Ab wann? _____
 Wo und zu welchem Preis?
 CHF _____

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

Ort und Datum

Unterschrift des Fahrzeugführers
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers