

## 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 \_\_\_\_\_