

Schadenmeldung für Motorfahrzeuge

- Haftpflicht
- Vollkasko
- Teilkasko
- Unfall



1 Police Nr.

VersicherungsnehmerIn

2 Name, Vorname/Firma		Strasse	Beruf
PLZ/Ort		Telefon P _____ Telefon G _____	
Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	Wurde der Fall dort gemeldet?
<input type="checkbox"/> PC-Konto		Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Bank-Konto, Name und Ort der Bank		Wenn ja: Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Wenn ja: Mehrwertsteuer-Nr.	

Am Unfall beteiligtes eigenes Fahrzeug (gemäss Angaben im Fahrzeugausweis)

3 Stamm-Nr.	Chassis-Nr.	Kontrollschild-Nr.	Marke und Typ	1. Inverkehrsetzung
Anzahl der Insassen beim Unfall (inklusive 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

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

Schadensereignis

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

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

10 Zeichenmuster:	mein Wagen 	weitere Wagen usw.	Motorrad 	Fahrrad 	Fussgänger 	Zeugen 1 2 x x usw.

Ausführliche Angaben erleichtern uns, Ihnen zu helfen. Verwenden Sie ein weiteres Blatt, wenn dieser Raum nicht genügt.

Verletzte Personen (bei mehreren, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

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

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

12 HalterIn (Name, Adresse)		Telefon P _____ Telefon G _____	
LenkerIn (Name, Adresse)		Telefon P _____ Telefon G _____	
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		Bitte die Aufprallstelle durch \longrightarrow markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen!	
Wo ist es haftpflichtversichert?	Vollkasko? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilkasko? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gesellschaft?		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)	Telefon G _____		
Ab wann?	Reparaturkosten ca. Fr. _____		

Beschädigte sonstige Sache (Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf zusätzl. Blatt)

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

14 Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen		Bitte die Aufprallstelle durch \longrightarrow markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen!		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)	Telefon G _____			
Ab wann?	Reparaturkosten ca. Fr. _____			
Wer hat den Schaden verursacht?				Wo ist der an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von anderen Versicherern 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 können.

Ort und Datum

Unterschrift

des Versicherungsnehmers

des Fahrzeuglenkers

Wir bitten Sie, Folgendes zu beachten:

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