


# Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung (inkl. Schiffe und Luftfahrzeuge)

Wird von der Versicherung  ausgefüllt

Schaden-Nummer
----------------

Generalagentur

Versicherungsnehmer/in Name und Adresse mit Postleitzahl ..... ..... ..... Email: .....	Tel. Privat .....	Vertrag-Nr.
	Tel. Büro .....	
	Mobile .....	
	Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.	

Diese Schadenmeldung gilt für:

Haftpflicht <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> Voll-/Kollisionskasko <input type="radio"/> Service SOS <input type="radio"/>	Insassenunfall <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------






## 1. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges

Fahrzeugart (PW, Lastwagen usw.)	Fabrikmarke und Typ	Chassis- oder Stammmnummer	1. Inverkehrsetzung	Kontrollschild Nr.	Total gefahrene km
----------------------------------	---------------------	----------------------------	---------------------	--------------------	--------------------

## 2. Lenker/in des oben genannten Fahrzeuges

Name	Vorname	Geboren am	Nationalität	Beruf
Adresse			Zivilstand	Tel. Nr.
Gültiger schweizerischer Führerausweis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kategorie	Seit (Tag/Monat/Jahr)	War er/sie vom Halter zur Fahrt ermächtigt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gültiger ausländischer Führerausweis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				Steht der/die Lenker/in in Ihrem Dienst? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nur bei Lernfahrausweis: Name der Begleitperson	Kategorie	Gültiger Fahrausweis seit	Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

## 3. Schadenereignis

Datum	Uhrzeit	Ort und Strasse	<input type="radio"/> Ausserorts <input type="radio"/> Innerorts
Halten Sie sich bzw. den/die Lenker/in Ihres Fahrzeuges für <input type="radio"/> schuldig <input type="radio"/> teilweise schuldig <input type="radio"/> nicht schuldig			
Polizeirapport <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Durch welche Polizeistelle?			
Hergang und Skizze, (bitte auch ausfüllen, wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)		Fahrzeuge	Motorradfahrer
		Eigenes 	Radfahrer 
		Gegnerisches  2	Fussgänger 
		Weitere  3 etc.	
Skizze			
für weitere Angaben separates Blatt benutzen			
Sind Sie rechtsschutzversichert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Bei wem? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		Ist der Fall gemeldet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

## 4. Körperverletzung und Tötung von Personen

### für Haftpflicht und/oder Unfallversicherung

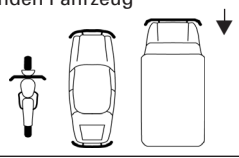
Namen und Vornamen der Verletzten	Geburtsdatum	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a) .....				
b) .....				
Worin besteht die Verletzung dieser Person?	Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals		Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? gemäss UVG, wo (z.B. SUVA)?	Private Unfallversicherung? (Wo Gesellschaft/Krankenkasse)
a) .....				
b) .....				
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?		Verwandtschaftsgrad	Angegurtet
a) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## 5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse, Telefon (wenn Fahrzeuginsassen, in welchem Fahrzeug?)	
a) .....	.....
b) .....	.....

## 6. Beschädigtes fremdes Fahrzeug (Wenn mehrere beschädigte Fahrzeuge, Beiblatt erstellen)

**für Haftpflichtversicherung**

Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt der Beschädigung am fremden Fahrzeug 
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug haftpflichtversichert?	Wo ist das Fahrzeug kaskoversichert? (Teil- /Vollkasko)	
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		
Ab wann?	Reparaturkosten ca. Fr.	
Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Verwandtschaftsgrad

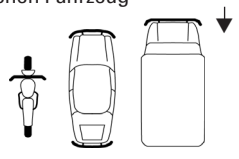
## 7. Beschädigte sonstige Sachen

**für Haftpflichtversicherung**

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens		Schadenhöhe ca. Fr.	
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)			
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verwandtschaftsgrad	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## 8. Schaden am eigenen Fahrzeug

**für Teil- oder Voll-/Kollisionskasko**

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen		Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt der Beschädigung am eigenen Fahrzeug 
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon) Vor Beginn der Reparatur ist die "Basler" zu benachrichtigen		
Ab wann?	Reparaturkosten ca. Fr.	
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja ..... %		
Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?	

## 9. Bemerkungen des/der Versicherungsnehmers/-in

.....  
 .....

Der Unterzeichnete ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG- Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von Ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/-in

Unterschrift des/der Fahrzeughalters/-in

Basler, Versicherungs-Gesellschaft

Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Servicecenter (24h) 00800 24 800 800

Fax 061 285 70 70, insurance@baloise.ch, www.baloise.ch