

Zeugen **Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug** (Namen, Vornamen, Adressen)
1. _____
2. _____

Andere Unfallzeugen (Namen, Vornamen, Adressen)
1. _____
2. _____

Verletzte Personen Namen, Vornamen, Adressen (bei mehr als 2 Verletzten bitte Zusatzblatt beilegen) Alter
1. _____
2. _____

Art der Verletzung	Beruf des Verletzten	Arbeitgeber
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

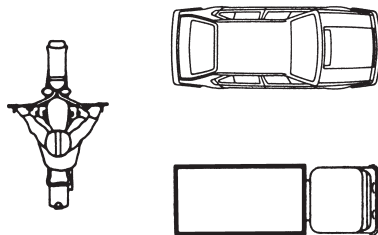
Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spitals Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

1. _____
2. _____

Sachschäden Dritter **Beschädigtes fremdes Fahrzeug** (bei mehreren bitte Zusatzblatt beilegen)
Halter (Name, Vorname, Adresse) vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Marke und Typ	Kontrollschilder	Bitte die Aufprallstelle durch → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen
_____	_____	
Wo ist es haftpflichtversichert?	Wo ist es <input type="checkbox"/> teil-/ <input type="checkbox"/> vollkaskoversichert?	
_____	_____	
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?		

Ab wann?	Reparaturkosten ca. CHF	
_____	_____	



Beschädigte fremde Sache (wie Fahrrad, Zaun, Grundstück, Tiere usw.)

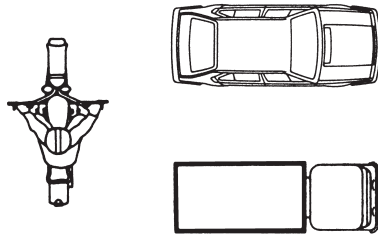
Gegenstand	Art der Beschädigung	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____

Eigentümer (Name, Vorname, Adresse) vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Kaskoschäden (nur ausfüllen, wenn eine Kaskoversicherung bei der Helvetia besteht)
Art des Schadens

Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)

Ab wann? Reparaturkosten ca. CHF



Zahlung an Name/Vorname/Adresse: _____

Postcheckkonto:
 Name der Bank und Konto: _____

Bemerkungen _____

Einwilligung

1. Ich bevollmächtige die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (im Folgenden Helvetia) im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Daten zu bearbeiten, bei Behörden, Ärzten, Spitälern und weiteren Dritten im In- und Ausland Auskünfte einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen (z. B. bei Privat- und Sozialversicherern wie IV und UVG-Versicherer, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Behörden für Administrativmassnahmen im Strassenverkehr). 2. Die Helvetia darf im Rahmen der Schadenerledigung auch an solche Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte Daten zur Datenbearbeitung übermitteln. 3. Ich einbinde die Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte sowie ihre Hilfspersonen, welche die Helvetia im Zusammenhang mit der Schadenabwicklung um Auskunft ersucht, ausdrücklich vom Amts-, Berufs- und Vertrags-, insbesondere Versicherungsvertragsgeheimnis und ermächtige sie, der Helvetia Auskunft zu erteilen. 4. Ich bevollmächtige die Helvetia im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. 5. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich ohne Bewilligung der Helvetia keinerlei Ansprüche anerkennen darf.

Unterschrift Ort und Datum: _____ **Unterschrift der(s) Kundin(en):** _____