



**MOTORFAHRZEUG SCHADENANZEIGE
(MFH3-KASKO-INSASSEN)**

Versicherungsnehmer: _____ **Police:** _____

Tel.-Nr. (G): _____ (Privat): _____ (Natel / Fax): _____

Ihr Postcheckkonto: _____ Bank, Ort: _____
 Nr. _____ Konto-Nr.: _____ MWSt-Nr.: _____
 IBAN : _____

Sind Sie rechtsschutzversichert ? ja nein

Name der Gesellschaft _____ Fall angemeldet ? ja nein

Motorfahrzeug

Marke, Typ _____ Stamm-Nr. _____ Kontrollschild-Nr. _____

Lenker des versicherten Fahrzeuges zur Zeit des Unfalles

Name, Vorname _____ Beruf _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Tel.-Nr. G: _____

Plz, Ortschaft _____ privat: _____

Besitzt seit dem _____ den für die Kat. _____ gültigen Führerausweis

Lernfahrausweis ja nein

Wenn ja, Name und Vorname des Begleiters _____ Führerausweis seit dem _____

Ereignis/Unfall

Datum: _____ Zeit (0-24): _____ Ort - Postleitzahl _____

Str./Flurname: _____ - Ortschaft _____

Amtliche Tatbestandsaufnahme ja Behörde: _____

nein Gemeldet am _____ durch _____

Hergangsbeschreibung

Skizze

Ihre Einschätzung

Trägt der Lenker Ihres Fahrzeuges volles teilweises kein Verschulden ?

Aus welchem Grund: _____



Versicherungsnehmer: _____ Police: _____

Dritten zugefügte Sachschäden

Fahrzeug oder andere Kontrollschild-Nr.	Eigentümer Name, Adresse, Tel-Nr.	Schadenhöhe (ca. Fr.)	Andere Versicherungen (Haftpflicht/Kasko/Sach)

Körperschäden oder getötete Personen (Insassen in Ihrem Fahrzeug ? Falls ja, bitte ankreuzen)

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Zivilstand			
Beruf			
Adresse			
Plz, Ortschaft			
Verletzungen			
Arzt/Spital			
Arbeitgeber			
Unfallversicherung			

Schäden an Ihrem Fahrzeug (Leasing ja nein)

Art des Schadens _____ Schadenhöhe Fr. _____
Reparaturwerkstatt _____ Ab wann _____
Fahrzeug gekauft am _____ zum Preis von Fr. _____ Kilometerstand _____

Effekten beschädigt/gestohlen ? ja nein (Detaillierte Liste mit Kaufdatum und -preis beifügen)
Hausratversicherung mit Risiko "einfacher Diebstahl" ? ja nein Name der Gesellschaft _____

Bemerkungen/Zeugen (Name, Adresse, Tel.- Nr.)

Der/die Unterzeichnete ermächtigt hiermit die Gesellschaft, im erforderlichen Umfang Angaben über einen Schadenfall oder ein anderes anspruchsbegründendes Ereignis anderen Versicherern in der Schweiz und im Ausland namentlich Mit- oder Rückversicherern, mitzuteilen. Ferner darf Gesellschaft von diesen Stellen Auskünfte einholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten nehmen. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Anerkennung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen.

Der Versicherte entbindet Spitäler, Ärzte, Behörden, Versicherungsgesellschaften oder -einrichtungen vom Berufsgeheimnis und ermächtigt letztere, der Gesellschaft alle im Zusammenhang mit einem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der Versicherungsnehmer

_____, den _____