

## Motorfahrzeugversicherung

### Schadenanzeige

Gesellschaft

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* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schweizerischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	War ihm das Fahrzeug ausgemietet?
Seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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.

### Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort und Strasse		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		Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h	
<input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht schuldig		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 \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Worin besteht die Verletzung? \_\_\_\_\_

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Welche Geschädigte in Ihrem Fahrzeug waren mit Sicherheitsgurten geschützt? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)	Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?	
Welche Geschädigte sind mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)	Welche Geschädigte standen im Dienste des Halters oder Fahrzeugführers? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)	
Wie?	Stellung	

**Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren (für Haftpflichtversicherung) Aufstellung der betroffenen Sachen**

Gegenstand 1	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Name/Vorname des Eigentümers	
Strasse	Bei welcher Gesellschaft versichert?
PLZ/Ort	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	MWST-Nr.
Gegenstand 2	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Name/Vorname des Eigentümers	
Strasse	Bei welcher Gesellschaft versichert?
PLZ/Ort	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	Ab wann?
Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft?	Zu welchem Preis? CHF

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft 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
---------------	--	---------------------------------------