

Motorfahrzeug-Versicherung

Policen-Nr. _____

Schaden-Nr. _____

Versicherungsnehmer
(gemäss obiger Police versicherte Person oder Firma)

Schadenanzeige für

- Haftpflicht**
- Kasko**
- Insassen-Unfall**
- Rechtsschutz im Strafverfahren**

- a) Wir können Sie besser bedienen und den Fall schneller behandeln, wenn Sie unsere Fragen persönlich, vollständig und ausführlich beantworten.
- b) Bei den Fragen, bei denen Sie auswählen können, bitten wir Sie, immer nur eine Auswahl anzukreuzen.

Tel. P.: _____ Tel. G.: _____

Telefax: _____

Angaben durch den Lenker meines Fahrzeuges

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Schadendatum: _____ | Zeit: _____ Ich fuhr mit km/h: _____ | Die Gegenpartei fuhr mit km/h: _____ |
| Wie war der Strassenzustand? _____ | Wie waren die Sichtverhältnisse? _____ | Wie war das Verkehrsaufkommen? _____ |
| Unfallort (wenn möglich vollständige Adresse)? _____ | _____ | Kanton, Land? _____ |
| Wo hat sich der Unfall ereignet (Unfallstelle)? _____ | Wer hat Ihres Erachtens den Unfall verschuldet (vollständige Adresse)? _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausserorts <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Innerorts <input type="checkbox"/> Unbekannt | | |

Allgemeine Angaben zum Unfall

| | |
|--|--|
| Hat jemand eine Schuldenerkennung unterzeichnet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wer? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Dritter | Wurde ein Polizeirapport aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, durch wen? _____ |
| Sind Sie bei einer Rechtsschutzversicherung versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei wem? _____ | Wurde diese eingeschaltet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Policen-Nr. _____ |
| Verwendung meines Fahrzeuges zur Zeit des Unfalles? <input type="checkbox"/> Berufsfahrt <input type="checkbox"/> Arbeitsweg <input type="checkbox"/> Privatfahrt <input type="checkbox"/> Parkiert <input type="checkbox"/> Ausmietung <input type="checkbox"/> Andere _____ | |
| War der Lenker zur Fahrt mit meinem Fahrzeug ermächtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wieviele Personen fuhren in Ihrem Fahrzeug mit (ohne Lenker)? _____ |

Lenker meines Fahrzeuges

| | | |
|--|--|--|
| Name, Vorname und Adresse des Lenkers: _____ | Tel. P.: _____ Tel. G.: _____ | Im Besitze des Führerausweises seit: _____ |
| _____ | Zivilstand: _____ Nationalität: _____ | Beruf: _____ |
| _____ | Sofern nur Lernfahrausweis, Name des Begleiters mit gültigem Ausweis seit: _____ | |
| Vollst. Geburtsdatum: _____ | _____ | |

Skizze des Unfalls

Mein Wagen Weitere Wagen Fussgänger Radfahrer

   etc.  

Beschreibung des Unfallherganges

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

Zeuge(n): Name, Adresse, Telefon:

Beschädigtes fremdes Fahrzeug

1. Inverkehrsetzung: _____ Standort für Besichtigung (genaue Adresse, Telefon): _____
Marke und Typ: _____
Kontrollschild-Nr.: _____
Chassis- oder Stamm-Nr.: _____ Beschädigung des fremden Fahrzeuges: _____
Name (Halter): _____
Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____ Telefon P.: _____ Telefon G.: _____
PLZ, Ort: _____ Fax: _____

Mein Fahrzeug gemäss Fahrzeugausweis

1. Inverkehrsetzung: _____ Km-Stand: _____ Kaufdatum: _____
Marke und Typ: _____ Kaufpreis: _____
Kontrollschild-Nr.: _____ Geschätzte Reparaturkosten: _____
Chassis- oder Stamm-Nr.: _____ Ab wann ist die Besichtigung möglich? _____
Welche Teile meines Fahrzeuges sind beschädigt? _____

Standort für Besichtigung (genaue Adresse): _____
Telefon (Besichtigungsort): _____
Welche dritte Person hat den Schaden verursacht? _____ Wo ist sie gegen Haftpflicht versichert? _____

Der Reparaturauftrag darf erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die Gesellschaft oder nach der Besichtigung des Fahrzeuges erteilt werden.

Andere beschädigte Sachen (z. B. Landschaft, Gebäude, Tier)

| Eigentümer der beschädigten Sache | Beschreibung des Schadens |
|--|----------------------------------|
| Name, Vorname: _____ | Art der Sache: _____ |
| Strasse, Nr.: _____ | Beschreibung des Schadens: _____ |
| PLZ, Ort: _____ | |
| Telefon P.: _____ Telefon G.: _____ Fax: _____ | Schadenbetrag: _____ |

Verletzte Person Verwenden Sie ein Zusatzblatt, wenn weitere Personen verletzt sind:

In meinem Fahrzeug In einem anderen Fahrzeug Radfahrer Fussgänger

| Adresse der verletzten Person | Art der Verletzung <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer |
|--|--|
| Name, Vorname: _____ | Beschreibung der Verletzung: _____ |
| Strasse, Nr.: _____ | |
| PLZ, Ort: _____ | In Spitalpflege: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____ |
| Telefon P.: _____ Telefon G.: _____ Fax: _____ | Arbeitsunfähig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Heilungsdauer: _____ |
| Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____ | UVG-versichert: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____ |
| Adresse des behandelnden Arztes / Spitals: _____ | |
| Adresse des Arbeitgebers: _____ | Beruf: _____ |

Ihr Postcheck-Konto / Bank-Konto

Postcheck-Konto-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Bank: _____ PLZ, Ort: _____ Bank-Konto-Nr.: _____

Ermächtigung

Die Gesellschaft wird ermächtigt, in sämtliche diesen Unfall betreffenden Akten (z. B. Strafakten, medizinische Akten, SUVA-/UVG-Akten usw.) Einsicht zu nehmen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Lenkers: _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers: _____