

Schadenanzeige Dienstfahrten-Kaskoversicherung

Policen-Nr. _____

Kontakt: Cevi Schweiz, Matthias Heck
matthias.heck@cevi.ch
+41 44 213 20 47**1. Versichertes Fahrzeug**

Fahrzeugart	_____	Fabrikmarke und Typ	_____
Kontrollschild	_____	1. Inverkehrsetzung	_____
Total gefahrene km	_____	Chassis bzw. Stammnummer	_____

2. Fahrzeughalter (gemäss Fahrzeugausweis)

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Heimatstaat:	_____

3. Führer des versicherten Fahrzeugs

1) Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Beruf:	_____
Adresse:	_____		
Besitzt die Person einen gültigen	Führerausweis?	Ja	Nein
	Lernfahrausweis?	Ja	Nein
Falls ja, seit wann?	_____		

Begleitperson (nur bei Lernfahrausweis)

2) Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Führerausweisdatum:	_____
Ist der Fahrzeugführer mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Ja	Nein	
Falls ja, wie?	_____		
Steht der Fahrzeugführer in ihrem Dienst?	Ja	Nein	
Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt?	Ja	Nein	
War ihm das Fahrzeug ausgemietet worden?	Ja	Nein	

4. Schadenereignis

Datum:	_____	Uhrzeit:	_____	Ort und Strasse:	_____
ausserorts	trocken	Regen	Nebel		
innerorts	Schnee	Eis	dunkel		
Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden?	Ja	Nein			
Wenn ja, durch wen? (Bitte Protokoll beilegen)	_____				
Schadenhergang:	_____				
_____	_____				
_____	_____				

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

Sind sie rechtsschutzversichert? Ja Nein
Wenn ja, bei wem? _____
Ist der Fall dort gemeldet? Ja Nein

Skizze**5. Zeugen und Mitfahrer**

1) Name: _____ Vorname: _____
Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
2) Name: _____ Vorname: _____
Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
3) Name: _____ Vorname: _____
Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
4) Name: _____ Vorname: _____
Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____

6. Ihre Ansichten zur Schadensursache

Verschulden Ihrerseits respektive den Lenker Ihres Fahrzeuges

Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson

Begründung: _____

7. Verletzung oder Tötung von Personen

1) Name: _____ Vorname: _____
Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf, beschäftigt als: _____
Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____
Worin besteht die Verletzung? _____
Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____

Arbeitsfähigkeit seit: _____ Pensum: _____
Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

2) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf, beschäftigt als: _____
 Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____
 Worin besteht die Verletzung? _____
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____

 Arbeitsfähigkeit seit: _____ Pensum: _____
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

3) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf, beschäftigt als: _____
 Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____
 Worin besteht die Verletzung? _____
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____

 Arbeitsfähigkeit seit: _____ Pensum: _____
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

8. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen

1) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)? _____

 Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein
 Standort der beschädigten Sache: _____
 Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): _____
 Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

 Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?
 Teilkasko Vollkasko Feuer Diebstahl
 Glasbruch Wasserschaden Maschinenbruch Bauwesen
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

2) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)? _____

 Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein

Standort der beschädigten Sache _____

Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): _____

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

Teilkasko	Vollkasko	Feuer	Diebstahl
Glasbruch	Wasserschaden	Maschinenbruch	Bauwesen

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

9. Schaden am eigenen Fahrzeug (Nur bei Kaskoversicherung)

Welche Teile sind beschädigt bzw. was ist gestohlen worden? _____

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur? (Name, Adresse und Kontaktdaten) _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Wann kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Vermutliche Schadenhöhe _____

Das Fahrzeug haben Sie angeschafft _____ zu welchem Preis? _____
wann? _____

10. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme und die amtlichen Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer). Er ist ferner damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Ort und Datum:

Unterschrift des Lenkers des versicherten Fahrzeuges: