

Schadenanzeige Motorfahrzeug-Versicherung

Versicherungsnehmer _____

Zuständige Person _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon-Nr. _____ MwSt-pflichtig ja nein

PC- oder Bankkonto _____ Bank / Filiale in _____

Versicherungsgesellschaft _____

Policen-Nummer _____

1. VERSICHERTES FAHRZEUG

Fahrzeugart	Fabrikmarke und Typ	Chassis bzw. Stammnummer	1. IVS	Kontrollschild	Total gefahrene km
-------------	---------------------	--------------------------	--------	----------------	--------------------

2. FÜHRER DES VERSICHERTEN FAHRZEUGES

Name und Vorname _____ Beruf _____

Adresse _____ Geb.-Dat. _____

Besitzt er einen gültigen Führerausweis ja nein seit wann? _____

Lernfahrausweis ja nein

Begleitperson _____ Führerausweisdatum _____

Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt ja nein Wie? _____

Steht er in Ihrem Dienst? ja nein

Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? ja nein

War ihm das Fahrzeug ausgemietet worden ja nein

3. SCHADENEREIGNIS

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort und Strasse: _____

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <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 |

Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden? ja nein

Wenn ja, durch wen? _____

Schadenhergang: _____

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

Sind Sie rechtsschutzversichert nein ja, bei wem? _____

Ist der Fall dort gemeldet nein ja

Skizze

4. ZEUGEN UND MITFAHRER

Namen, a) _____
Vornamen _____

Tel.-Nr. b) _____
und _____

Adressen c) _____

5. IHRE ANSICHT ZUR SCHADENURSACHE

Verschulden Ihrerseits resp. den Lenker Ihres Fahrzeuges _____

Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson _____

6. VERLETZUNG ODER TÖTUNG VON PERSONEN

1. Verletzter: Name und Vorname	2. Verletzter: Name und Vorname
Adresse, Tel. Nr.	Adresse, Tel. Nr.
Beruf, bzw. beschäftigt als	Beruf, bzw. beschäftigt als
Arbeitgeber	Arbeitgeber
Geburtsdatum, Zivilstand	Geburtsdatum, Zivilstand
Worin besteht die Verletzung?	Worin besteht die Verletzung?
Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes	Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes
Arbeitsfähigkeit seit / Grad	Arbeitsfähigkeit seit / Grad
Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?	Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert?

7. BESCHÄDIGUNG ODER ZERSTÖRUNG FREMDER SACHEN (WIE AUCH SCHÄDEN AN TIEREN)

1. Geschädigter: Name und Vorname	1. Geschädigter: Name und Vorname
Adresse, Tel. Nr.	Adresse, Tel. Nr.
Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt?	Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt?
Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)?	Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)?
Kann die beschädigte Sache repariert werden?	Kann die beschädigte Sache repariert werden?
Standort der beschädigten Sache	Standort der beschädigten Sache
Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung)	Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung)

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?	Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?
Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?	Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?
<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Wasserschaden <input type="checkbox"/> Maschinenbruch <input type="checkbox"/> Bauwesen	<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Wasserschaden <input type="checkbox"/> Maschinenbruch <input type="checkbox"/> Bauwesen
Gesellschaft?	Gesellschaft?

8. SCHADEN AM EIGENEN FAHRZEUG (Nur bei Kaskoversicherung)

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur?

Tel. Nr.

Welche Teile sind beschädigt bzw. was ist gestohlen worden?

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Ab wann?

Vermutl. Schadenhöhe

Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft?

Zu welchem Preis? Fr.

9. BEMERKUNGEN

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in 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: