

Schadenanzeige Motorfahrzeugversicherung

(Kollision mit Drittschäden)

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Versicherungsnehmer	
Name, Vorname / Firma	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer Privat	
Telefonnummer Geschäft	
E-Mail Adresse	
Der MwSt unterstellt? (Abzugsberechtigt?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pauschale Abrechnung
MwSt-Nummer	
2. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges	
Fahrzeugart	
Marke und Typ	
Kontrollschild	
1. Inverkehrsetzung	
Stammnummer	
Stand Kilometerzähler	
3. Lenker des obengenannten Fahrzeuges zum Schadenzeitpunkt	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer Privat	
Telefonnummer Geschäft	
Geburtsdatum	
Nationalität	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Ausländer
Bei Ausländer Kategorie Aufenthaltsbewilligung	
Führerausweis	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Ausländer
Datum Führerausweis	
Kategorie Führerausweis	
Hat er/sie die Fahrt mit Ihrem Einverständnis unternommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Benützung des Fahrzeuges zum Zeitpunkt des Unfalls?	
---	--

Steht der/die Lenker in Ihrem Dienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---

Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

4. Angaben zum Ereignis

Datum	
-------	--

Uhrzeit (0 - 24)	
------------------	--

Ort und Strasse	
-----------------	--

Hat sich der Unfall ausser- oder innerorts ereignet?	<input type="checkbox"/> ausserorts <input type="checkbox"/> innerorts
--	--

Halten Sie sich bzw. der Fahrzeuglenker für	<input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise schuldig <input type="checkbox"/> nicht schuldig
---	---

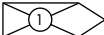
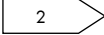
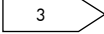



Polizeirapport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------	---

Durch welche Polizeistelle?	
-----------------------------	--

Zeugen (Name, Adresse, Telefon)	
---------------------------------	--

5. Schadenhergang (immer ausfüllen)

Genauere Schilderung des Schadenherganges	Bitte für ausführliche Beschreibung Seite 4 nutzen.
---	---

Skizze des Schadenherganges Eigenes Fahrzeug  Gegnerisches Fahrzeug  Weitere Fahrzeuge  Motorradfahrer  Radfahrer  Fussgänger 	Bei Mail-Versand bitte separate Skizze als Datei mit anhängen! (Skizze anbei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)
--	--

6. Verletzte Personen

Namen, Vornamen, Adressen, Alter	1.
	2.

Art der Verletzung	1.
	2.

Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spital	
--	--

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?	
--	--

7. Beschädigtes fremdes Fahrzeug

Halter (Name, Vorname, Adresse)	
---------------------------------	--

Marke und Typ	
---------------	--

Kontrollschild	
----------------	--

Wo ist es haftpflichtversichert?	
----------------------------------	--

Wo ist es teilkaskoversichert?	
--------------------------------	--

Wo ist es vollkaskoversichert?	
--------------------------------	--

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	
---	--

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? CHF	
--	--

8. Sachschäden von Drittpersonen (Verkehrsschild, Fahrrad, Tier, Zaun, Gepäck usw.)

Beschädigter Gegenstand	
-------------------------	--

Art der Beschädigung	
----------------------	--

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? CHF	
--	--

Eigentümer (Name und Adresse)	
-------------------------------	--

9. Schäden an Ihrem Fahrzeug (nur ausfüllen, wenn eine Kaskoversicherung besteht)

Art des Schadens	
------------------	--

Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)	
--	--

Ab wann?	
----------	--

Wie hoch schätzen Sie den Schaden? CHF	
--	--

10. Rechtsschutz

Besteht eine Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ist der Fall gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------	-----------------------------	-------------------------------

11. Zahlung

Name, Vorname, Adresse	
------------------------	--

Post- / Bankkonto Nr.	
-----------------------	--

Bank / Filiale	
----------------	--

12. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden

Drucken

