

Schadenanzeige Motorfahrzeug-Versicherung

Versicherungsnehmer

Zuständige Person

Strasse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

MwST-pflichtig

ja

nein

PC- oder Bankkonto

Bank/Filiale

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
Lernfahrausweis

ja

nein

ja

nein

seit wann?

Begleitperson

Führeraus-
weisdatum

Ist der Fahrzeugfüh-
rer mit Ihnen ver-
wandt?

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?

ja

nein

3. Schadenereignis

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort und Strasse: _____

ausserorts
 innerorts

trocken
 Schnee

Regen
 Eis

Nebel
 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, Vornamen a) _____

Tel.-Nr. und b) _____

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 Vorname des erstbehandelnden Arztes

Name und Vorname des erstbehandelnden Arztes

Arbeitsunfähig seit / Grad

Arbeitsunfähig 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

2. 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, Stammmummer)?

Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammmummer)?

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"/> Teilkasko | <input type="checkbox"/> Vollkasko |
| <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> Diebstahl | <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> Diebstahl |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch | <input type="checkbox"/> Wasserschaden | <input type="checkbox"/> Glasbruch | <input type="checkbox"/> Wasserschaden |
| <input type="checkbox"/> Maschinenbruch | <input type="checkbox"/> Bauwesen | <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 Fahrzeugs: _____