

Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung (inkl. Wasser- und Luftfahrzeuge)		Schaden-Nr. <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
Police-Nr.		Zuständige Person / E-mail direkt
Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse	Telefon / Fax
Bankverbindung: KtoNr		MWSt-pflichtig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
BankPC Clearing		MWSt-Nr.
PC (VN)		

Diese Schadenmeldung gilt für Haftpflicht Teilkasko Voll- / Kollisionskasko Assistance Insassenunfall

1. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges

Fabrikmarke und Typ	Fahrzeugart (PW, LW etc.)	Stammnummer	1. Inverkehrsetz.	Kontrollschild	Kilometerstand
---------------------	---------------------------	-------------	-------------------	----------------	----------------

2. Lenker/in des obgenannten Fahrzeuges

Name / Vorname	Geburtsdatum	Nationalit.	Beruf	Adresse (Strasse Nr. / PLZ Ort)
Gültiger schweizerischer Führerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kategorie	Gültig seit	War der/die Lenker/in vom Halter zur Fahrt ermächtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gültiger ausländischer Führerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Steht der/die Lenker/in in Ihrem Dienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gültiger Lernfahrausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Begleitperson (nur bei Lernfahrausweis)	Kategorie	Gültig seit	Hat der/die Lenker/in das Fahrzeug gemietet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zweck der Fahrt? <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> beruflich <input type="radio"/> Arbeitsweg				

3. Schadenereignis

Datum	Uhrzeit	Ort und Strasse	<input type="radio"/> Ausserorts <input type="radio"/> Innerorts												
Halten Sie sich bzw. den/die Lenker/in Ihres Fahrzeuges für <input type="radio"/> schuldig <input type="radio"/> teilweise schuldig <input type="radio"/> nicht schuldig															
Polizeirapport <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Durch welche Polizeistelle / zuständige Person															
Hergang und Skizze (auch ausfüllen wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)		Fahrzeuge													
		<table border="1"> <tr> <td>eigenes</td> <td>Gegner</td> <td>weitere</td> <td>Motorrad</td> <td>Radfahrer</td> <td>Fussgänger</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3 etc.</td> <td>●</td> <td>○○</td> <td>⊙</td> </tr> </table>		eigenes	Gegner	weitere	Motorrad	Radfahrer	Fussgänger	1	2	3 etc.	●	○○	⊙
		eigenes	Gegner	weitere	Motorrad	Radfahrer	Fussgänger								
1	2	3 etc.	●	○○	⊙										
		Skizze													
Sind Sie rechtsschutzversichert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Gesellschaft															
Ist der Fall angemeldet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein															

4. Zeugen

Name, Vorname, Adresse, Telefon (wenn Fahrzeuginsassen, in welchem Fahrzeug?)	
a)	_____
b)	_____
c)	_____

5. Körperverletzung und Tötung von Personen

Für Haftpflicht und/oder Unfallversicherung ausfüllen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?		Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?
a)		_____		_____
b)		_____		_____
c)		_____		_____
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/Sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Verwandtschaftsgrad		Angegurtert
a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6. Beschädigte fremde Fahrzeuge

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

Fahrzeug 1: Halter/in (Name, Adresse, Telefon)	Fahrzeug 2: Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)	Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		
Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.	Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)	Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?
Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad	Reparaturkosten ca.	Reparaturkosten ca.	Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad

7. Beschädigte sonstige Sachen

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

Bezeichnung der Sachen Art des Schadens			
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)			
Schadenhöhe ca.	War der/die Geschädigte Mitfahrer?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert?
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandtschaftsgrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

8. Schaden am eigenen Fahrzeug

Für Teil- oder Vollkaskoversicherung ausfüllen

Art des Schadens und/oder entwendete Sachen			
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		Reparaturkosten ca.	Ab wann?
Vor Reparaturbeginn ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!		Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte Haftpflichtversichert?

9. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die **Versicherungsgesellschaft** zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten sowie die Akten der AHV, IV, UVG-Versicherer usw. **Die Gesellschaft wird ermächtigt, notwendige Daten an Dritte weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.**

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
