

Schadenanzeige Motorfahrzeuge

Versicherungsgesellschaft	
Policen-Nummer	
Schaden-Nummer	

1. Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum / Führerausweisdatum	/
Telefon / zuständig	/
E-Mail	
Bank/Finanzinstitut	
PC-, Bank-Konto	
MwSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Nr.

2. Lenker des Fahrzeuges

 VN

 andere Person

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum / Führerausweisdatum	/
Telefon	
E-Mail	

3. Schadenereignis

Datum, Uhrzeit	
Schadenort	
Amtliche Tatbestandsaufnahme?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch wen?	durch:

4. Schadenhergang

--

5. Geschädigter / Lenker

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum / Führerausweisdatum	/
Telefon / zuständig	/
E-Mail	
Haftpflichtversicherer	
Policen-Nr. / Schaden-Nr.	/

6. Beschädigungen am fremden Fahrzeug ja nein

Kontrollschild	Fahrzeug-Marke/Typ	Chassis- /Stamm-Nr.	IVS	Kaufpreis
Was ist beschädigt?				
Schadenhöhe?				
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?				
Ab wann?				
Telefon / zuständig				

Bei mehreren bitte zusätzliches Blatt verwenden

7. Beschädigungen am eigenen Fahrzeug ja nein

Kontrollschild	Fahrzeug-Marke/Typ	Chassis- /Stamm-Nr.	IVS	Kaufpreis
Was ist beschädigt?				
Schadenhöhe in CHF?				
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?				
Ab wann?				
Telefon / zuständig				

8. übrige Sachschäden ja nein

Was wurde beschädigt?	
Schadenhöhe?	
Eigentümer (Name, Vorname)	
Adresse, PLZ, Ort	

Wo findet die Besichtigung statt?	
Wann?	
Telefon / zuständig	/

Bestehen andere Versicherungen für die oben erwähnten Risiken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Gesellschaft? Police-Nr.?
Wen trifft nach Ihrer Ansicht ein Verschulden und weshalb?	

9. Verletzung von Personen

keine Personenschäden

Person 1

mit Arbeitsunfähigkeit

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Art der Verletzung/Beschwerden	
Erstbehandelnder Arzt/Spital	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon / zuständig	/
Unfallversicherer/Krankenkasse	

Person 2

mit Arbeitsunfähigkeit

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Art der Verletzung/Beschwerden	
Erstbehandelnder Arzt/Spital	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon / zuständig	/
Unfallversicherer/Krankenkasse	

Bei mehreren bitte zusätzliches Blatt verwenden

5. Bemerkungen/Skizze

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von anderen Versicherern oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen.

Ausserdem ermächtigt der/die Unterzeichnete die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/die Unterzeichnete ist damit einverstanden, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift VN: _____