



Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 282 39 60

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.-Datum	Zivilstand	
Firma		PC- oder Bankkonto		
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in		
		MWST-pflichtig	nein	ja
Strasse		MWST-Nr.		
PLZ/Ort		Sind Sie rechtsschutzversichert?	nein	ja
Tel. P.	Mobil	Wo?		
Tel. G.	Mobil			
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	nein	ja

Bezeichnung des verwendeten eigenen Motorfahrzeugs (Bitte anhand des Fahrzeugausweises genau beantworten!)

Fahrzeugart (PW, Lastwagen, etc.)	Kontrollschildnummer
Fabrikmarke und Typ	Total gefahrene km
Chassis- bzw. Stamm Nr.	1. Inverkehrsetzung

Führer des versicherten Fahrzeugs

Name/Vorname		Name der Begleitperson	
Firma		Seit wann hat sie den Führerausweis?	
Beruf/Betrieb		Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt?	
		nein	ja
Strasse		Wie?	
PLZ/Ort		Steht er in Ihrem Dienst?	
Geb.-Datum		nein	ja
Nationalität		Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt?	
Besitzt gültigen Führerausweis*	nein	ja	nein
Schweizerischen Ausweis*	nein	ja	ja
Seit wann?		War ihm das Fahrzeug ausgemietet?	
		nein	ja
Ausländischen Ausweis*		nein	ja
Besitzt Lernfahrausweis*		nein	ja

*massgebend ist der Ausweis, der zum Führen des versicherten Fahrzeugs berechtigt.

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme	nein	ja
Ort und Strasse		Durch wen?		
ausserorts	trocken	Regen	Nebel	
innerorts	Schnee	Eis	dunkel	
Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für				
schuldig	teilweise	nicht schuldig		
Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h				
Geschwindigkeit des Geschädigten km/h				



Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Fahrzeuge Eigenes 1 andere 2 3 etc. Fussgänger Radfahrer

Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)?

<u>Mitfahrer</u>	<u>Zeuge</u>	
a) Name/Vorname		Tel. P. Mobil
Strasse		Tel. G. Mobil
PLZ/Ort		Fax E-Mail
<u>Mitfahrer</u>	<u>Zeuge</u>	
b) Name/Vorname		Tel. P. Mobil
Strasse		Tel. G. Mobil
PLZ/Ort		Fax E-Mail
<u>Mitfahrer</u>	<u>Zeuge</u>	
c) Name/Vorname		Tel. P. Mobil
Strasse		Tel. G. Mobil
PLZ/Ort		Fax E-Mail

Andere beteiligte Fahrzeuge

<u>Namen des Fahrzeugführers</u>	<u>Haftpflichtversicherungsgesellschaft</u>	<u>Bezeichnung der Fahrzeuge</u>
a)		
b)		
<u>Name des Halters</u>	<u>Kontrollschild-Nummern</u>	<u>Strasse</u>
		<u>PLZ/Ort</u>
a)		
b)		

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

<u>a) Name/Vorname</u>	<u>Zivilstand</u>	<u>Geb.-Datum</u>
<u>Strasse</u>		(leer lassen)
<u>PLZ/Ort</u>	<u>Arbeitgeber</u>	
<u>Beruf</u>	<u>Worin besteht die Verletzung?</u>	
<u>Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals</u>		(leer lassen)



b) Name/Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Beruf _____
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____

Welche Geschädigte in Ihrem Fahrzeug waren mit Sicherheitsgurten geschützt? a) _____ b) _____

Welche Geschädigte sind mit dem Halter verwandt? a) _____ b) _____

Wie? _____

Zivilstand _____ Geb.-Datum _____
(leer lassen)

Arbeitgeber _____

Worin besteht die Verletzung? _____
(leer lassen)

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?
nein ja

Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse? _____

Welche Geschädigte standen im Dienste des Halters oder Fahrzeugführers? a) _____ b) _____

Stellung _____

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen, auch von Tieren (für Haftpflichtversicherung) Aufstellung der betroffenen Sachen

Gegenstand 1 _____
Art der Beschädigung _____
Name/Vorname des Eigentümers _____

Strasse _____
PLZ/Ort _____

Gegenstand 2 _____
Art der Beschädigung _____
Name/Vorname des Eigentümers _____

Strasse _____
PLZ/Ort _____

Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?
nein ja

Standort _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____
(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? _____

MWST-pflichtig nein ja

MWST-Nr. _____

Standort _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____
(leer lassen)

Bei welcher Gesellschaft versichert? _____

MWST-pflichtig nein ja

MWST-Nr. _____

Wie? _____

Bei Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeugs (Bitte wenn möglich Fotos beilegen) Vor Beginn der Reparatur ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur? _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft? _____

Vermutliche Schadenhöhe CHF _____

Ab wann? _____

Zu welchem Preis? CHF _____

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen.
Die Unterzeichneten ermächtigen die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten, des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Fahrzeugführers _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)