

Schadenanzeige

Motorfahrzeug-Versicherung

Versicherungsnehmer

Zuständige Person Strasse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

PC- oder Bankkonto Bank/

MwST-pflichtig ☐ Ja ☐ Nein

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 / Vorname

Adresse

Beruf

Geb.-Dat.

Besitzt er einen

gültigen Führerausweis

☐ Ja☐ Nein

seit wann?

Kategorie

Lernfahrausweis

☐ Ja☐ Nein

Begleitperson

Führerausweisdatum

Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen
verwandt?☐ Ja☐ Nein

wie?

Steht er in Ihrem Dienst?

☐ Ja☐ NeinHat 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?

☐ Nein

☐ Ja →

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

Tel.-Nr. und

Adressen

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 Schaden-verursacher verwandt?

Ist der Geschädigte mit Ihnen oder dem Schaden-verursacher verwandt?

Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontroll-schild, Stammnummer)?

Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontroll-schild, Stammnummer)?

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?

- | | |
|---|--|
| ☐ Teilkasko | ☐ Vollkasko |
| ☐ Feuer | ☐ Diebstahl |
| ☐ Glasbruch | ☐ Wasserschaden |
| ☐ Maschinenbruch | ☐ Bauwesen |

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Teilkasko | ☐ Vollkasko |
| ☐ Feuer | ☐ Diebstahl |
| ☐ Glasbruch | ☐ Wasserschaden |
| ☐ Maschinenbruch | ☐ 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?

CHF

9 Bei Dienstfahrten mit privaten Motorfahrzeugen

Befand sich der Mitarbeiter auf
einer Dienstfahrt

☐ Nein

☐ Ja ↴

Wohin?

Aktueller MFZ-Versicherer?

Erleiden Sie einen finanziellen
Schaden in der
Motorfahrzeughaftpflicht?
(Bonusverlust, Selbstbehalt)

☐ Nein

☐ Ja ↴

In welcher Höhe?

(bitte Bestätigung des eigenen
Versicherers beilegen)

CHF

10 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
