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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Führer des versicherten Fahrzeuges

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | | | | Beruf |  |
|  |  | | | |  |  |
| Adresse |  | | | | Geb.-Dat. |  |
|  |  | | | |  |  |
| Besitzt er einen | gültigen Führerausweis | | ja | nein | seit wann? |  |
|  | Lernfahrausweis | | ja | nein |  |  |
|  |  | |  |  | Führerausweisdatum |  |
| Begleitperson |  | | | |  |
|  |  | | | |  |  |
| Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt? | 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 |

1. 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**

|  |
| --- |
|  |

1. Zeugen und Mitfahrer

|  |  |
| --- | --- |
| Namen, Vornamen | a) |
|  |  |
| Tel.-Nr. und | b) |
|  |  |
| Adressen | c) |

1. Ihre Ansicht zur Schadenursache

|  |  |
| --- | --- |
| Verschulden Ihrerseits resp. den Lenker Ihres Fahrzeuges |  |
|  |  |
| Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson |  |
|  |  |

1. 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 |
|  |  |
|  |  |
| Arbeitunfähig seit / Grad | Arbeitunfähig seit / Grad |
|  |  |
|  |  |
| Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? | Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse ist der Verletzte gegen Unfall versichert? |
|  |  |
|  |  |

1. 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, Stammnummer)? | | Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, 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? | | Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen? | | |
|  | | |  | |
| Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen | Teilkasko  Feuer  Glasbruch  Maschinenbruch | | Vollkasko  Diebstahl  Wasserschaden  Bauwesen |
|  | |  | | |
| Gesellschaft? | | Gesellschaft? | | |

1. 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. |

1. 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 |
|  |  |