

**Motorfahrzeug-Versicherung**

**Policen-Nr.** \_\_\_\_\_

**Schaden-Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer**  
(gemäss obiger Police versicherte Person oder Firma)

**Schadenanzeige für**

- Haftpflicht**
- Kasko**
- Insassen-Unfall**
- Rechtsschutz im Strafverfahren**

- a) Wir können Sie besser bedienen und den Fall schneller behandeln, wenn Sie unsere Fragen persönlich, vollständig und ausführlich beantworten.
- b) Bei den Fragen, bei denen Sie auswählen können, bitten wir Sie, immer nur eine Auswahl anzukreuzen.

Tel. P.: \_\_\_\_\_ Tel. G.: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

**Angaben durch den Lenker meines Fahrzeuges**

Schadendatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Ich fuhr mit km/h: \_\_\_\_\_ Die Gegenpartei fuhr mit km/h: \_\_\_\_\_

Wie war der Strassenzustand? \_\_\_\_\_ Wie waren die Sichtverhältnisse? \_\_\_\_\_ Wie war das Verkehrsaufkommen? \_\_\_\_\_

Unfallort (wenn möglich vollständige Adresse)? \_\_\_\_\_ Kanton, Land? \_\_\_\_\_

Wo hat sich der Unfall ereignet (Unfallstelle)? \_\_\_\_\_ Wer hat Ihres Erachtens den Unfall verschuldet (vollständige Adresse)? \_\_\_\_\_

- Ausserorts  \_\_\_\_\_
- Innerorts  Unbekannt

**Allgemeine Angaben zum Unfall**

Hat jemand eine Schuldenerkennung unterzeichnet?  Nein  Ja, wer?  VN  Lenker  Dritter

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Nein  Ja, durch wen? \_\_\_\_\_

Sind Sie bei einer Rechtsschutzversicherung versichert?  Nein  Ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Wurde diese eingeschaltet?  Nein  Ja  
Policen-Nr. \_\_\_\_\_

Verwendung meines Fahrzeuges zur Zeit des Unfalles?  
 Berufsfahrt  Arbeitsweg  Privatfahrt  Parkiert  Ausmietung  Andere \_\_\_\_\_

War der Lenker zur Fahrt mit meinem Fahrzeug ermächtigt?  Ja  Nein

Wieviele Personen fuhren in Ihrem Fahrzeug mit (ohne Lenker)? \_\_\_\_\_

**Lenker meines Fahrzeuges**

Name, Vorname und Adresse des Lenkers: \_\_\_\_\_ Tel. P.: \_\_\_\_\_ Tel. G.: \_\_\_\_\_ Im Besitze des Führerausweises seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Vollst. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sofern nur Lernfahrausweis, Name des Begleiters mit gültigem Ausweis seit: \_\_\_\_\_

**Skizze des Unfalls**

Mein Wagen  Weitere Wagen  Fussgänger  Radfahrer



**Beschreibung des Unfallherganges**

Ausführliche Angaben erleichtern uns, Ihnen zu helfen.  
Verwenden Sie ein weiteres Blatt, wenn Ihnen dieser Raum nicht genügt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeuge(n): Name, Adresse, Telefon:

### Beschädigtes fremdes Fahrzeug

1. Inverkehrsetzung: \_\_\_\_\_ Standort für Besichtigung (genaue Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_  
Marke und Typ: \_\_\_\_\_  
Kontrollschild-Nr.: \_\_\_\_\_  
Chassis- oder Stamm-Nr.: \_\_\_\_\_ Beschädigung des fremden Fahrzeuges: \_\_\_\_\_  
Name (Halter): \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon P.: \_\_\_\_\_ Telefon G.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Mein Fahrzeug gemäss Fahrzeugausweis

1. Inverkehrsetzung: \_\_\_\_\_ Km-Stand: \_\_\_\_\_ Kaufdatum: \_\_\_\_\_  
Marke und Typ: \_\_\_\_\_ Kaufpreis: \_\_\_\_\_  
Kontrollschild-Nr.: \_\_\_\_\_ Geschätzte Reparaturkosten: \_\_\_\_\_  
Chassis- oder Stamm-Nr.: \_\_\_\_\_ Ab wann ist die Besichtigung möglich? \_\_\_\_\_  
Welche Teile meines Fahrzeuges sind beschädigt? \_\_\_\_\_

Standort für Besichtigung (genaue Adresse): \_\_\_\_\_  
Telefon (Besichtigungsort): \_\_\_\_\_  
Welche dritte Person hat den Schaden verursacht? \_\_\_\_\_ Wo ist sie gegen Haftpflicht versichert? \_\_\_\_\_

Der Reparaturauftrag darf erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die Gesellschaft oder nach der Besichtigung des Fahrzeuges erteilt werden.

### Andere beschädigte Sachen (z. B. Landschaden, Gebäude, Tier)

Eigentümer der beschädigten Sache	Beschreibung des Schadens
Name, Vorname: _____	Art der Sache: _____
Strasse, Nr.: _____	Beschreibung des Schadens: _____
PLZ, Ort: _____	
Telefon P.: _____ Telefon G.: _____ Fax: _____	Schadenbetrag: _____

**Verletzte Person** Verwenden Sie ein Zusatzblatt, wenn weitere Personen verletzt sind:

In meinem Fahrzeug  In einem anderen Fahrzeug  Radfahrer  Fussgänger

Adresse der verletzten Person	Art der Verletzung <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer
Name, Vorname: _____	Beschreibung der Verletzung: _____
Strasse, Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	In Spitalpflege: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____
Telefon P.: _____ Telefon G.: _____ Fax: _____	Arbeitsunfähig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Heilungsdauer: _____
Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____	UVG-versichert: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____
Adresse des behandelnden Arztes/Spitals: _____	
Adresse des Arbeitgebers: _____	Beruf: _____

### Ihr Postcheck-Konto / Bank-Konto

Postcheck-Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Bank-Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

### Ermächtigung

Die Gesellschaft wird ermächtigt, in sämtliche diesen Unfall betreffenden Akten (z. B. Strafakten, medizinische Akten, SUVA-/UVG-Akten usw.) Einsicht zu nehmen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Lenkers: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_