

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.-Datum	Zivilstand
Firma		PC- oder Bankkonto	
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in	
		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse		MWST-Nr.	
PLZ/Ort		Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. P.	Mobil	Wo?	
Tel. G.	Mobil		
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
Strasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	Wie?
Geb.-Datum	Steht er in Ihrem Dienst?
Nationalität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besitzt gültigen Führerausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schweizerischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	War ihm das Fahrzeug ausgemietet?
Seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ausländischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(leer lassen)
Besitzt Lernfahrausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

Schadenereignis

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

<input type="checkbox"/> Mitfahrer	<input type="checkbox"/> Zeuge		
a) Name/Vorname		Tel. P.	Mobil
Strasse		Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort		Fax	E-Mail
<input type="checkbox"/> Mitfahrer	<input type="checkbox"/> Zeuge		
b) Name/Vorname		Tel. P.	Mobil
Strasse		Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort		Fax	E-Mail
<input type="checkbox"/> Mitfahrer	<input type="checkbox"/> Zeuge		
c) Name/Vorname		Tel. P.	Mobil
Strasse		Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort		Fax	E-Mail

Andere beteiligte Fahrzeuge

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

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

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

<p>b) Name/Vorname _____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Beruf _____</p> <p>Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____</p> <p>_____</p> <p>Welche Geschädigte in Ihrem Fahrzeug waren mit Sicherheitsgurten geschützt? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)</p> <p>Welche Geschädigte sind mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)</p> <p>Wie? _____</p>	<p>Zivilstand _____</p> <p>Geb.-Datum _____ (leer lassen)</p> <p>Arbeitgeber _____</p> <p>Worin besteht die Verletzung? _____ (leer lassen)</p> <p>Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse? _____</p> <p>_____</p> <p>Welche Geschädigte standen im Dienste des Halters oder Fahrzeugführers? <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)</p> <p>Stellung _____</p>
--	---

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

<p>Gegenstand 1 _____</p> <p>Art der Beschädigung _____</p> <p>Name/Vorname des Eigentümers _____</p> <p>_____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>_____</p> <p>Gegenstand 2 _____</p> <p>Art der Beschädigung _____</p> <p>Name/Vorname des Eigentümers _____</p> <p>_____</p> <p>Strasse _____</p> <p>PLZ/Ort _____</p> <p>Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Standort _____</p> <p>Vermutliche Schadenhöhe CHF _____ (leer lassen)</p> <p>Bei welcher Gesellschaft versichert? _____</p> <p>MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>MWST-Nr. _____</p> <p>Standort _____</p> <p>Vermutliche Schadenhöhe CHF _____ (leer lassen)</p> <p>Bei welcher Gesellschaft versichert? _____</p> <p>MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>MWST-Nr. _____</p> <p>Wie? _____</p>
---	---

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

<p>Was ist bei Ihrem Fahrzeug beschädigt? _____</p> <p>_____</p> <p>Wen beauftragen Sie mit der Reparatur? _____</p> <p>_____</p> <p>Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____</p> <p>_____</p> <p>Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft? _____</p>	<p>Vermutliche Schadenhöhe CHF _____</p> <p>_____</p> <p>Ab wann? _____</p> <p>_____</p> <p>Zu welchem Preis? CHF _____</p>
---	---

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

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

Bitte Formular ausfüllen, ausdrucken und mit Originalunterschrift an Ihr VTL-Büro senden.