

## Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung

### 1. Versicherungsnehmer/in

|         |          |
|---------|----------|
| Name    | Vorname  |
| Adresse | Tel. Nr. |
| Email   |          |

### 2. Schadenart

|                                   |                                 |   |                             |                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Haftpflicht | <input type="radio"/> Teilkasko | <input type="radio"/> Voll-/Kollisionskasko | <input type="radio"/> Panne | <input type="radio"/> Insassenunfall |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------------------|

### 3. Fahrzeugangaben

|                                     |                  |                    |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| Fahrzeugart<br>(PW, Lastwagen usw.) | Marke und Modell | Kontrollschild Nr. |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|

### 4. Lenker/in des Fahrzeuges

|  |   |           |                       |
|--|---|-----------|-----------------------|
| Name                                   | Vorname   |           |                       |
| Adresse                                | Tel. Nr.  |           |                       |
| Gültiger schweizerischer Führerausweis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Kategorie | Seit (Tag/Monat/Jahr) |
| Gültiger ausländischer Führerausweis   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |           |                       |

### 5. Schadenereignis

| Datum  | Uhrzeit   | Ort und Strasse   |   |   |   |            |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |
|--|---|---|---|---|---|------------|----------------|-----------|------------|---------|--------------|---------|---|---|---|--|---|---|--|--|--|
| Polizeirapport   | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Durch welche Polizeistelle?  |   |   |   |   |            |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |
| Beschreibung und Skizze, (auch wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)               | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fahrzeuge</th> <th>Motorradfahrer</th> <th>Radfahrer</th> <th>Fussgänger</th> </tr> <tr> <td>Eigenes</td> <td>Gegnerisches</td> <td>Weitere</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> 2</td> <td> 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   |   | Fahrzeuge   |   |            | Motorradfahrer | Radfahrer | Fussgänger | Eigenes | Gegnerisches | Weitere |  |  |  |  |  2 |  3 |  |  |  |
|  | Fahrzeuge   |   |   | Motorradfahrer  | Radfahrer   | Fussgänger |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |
| Eigenes  | Gegnerisches  | Weitere   |  |  |  |            |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |
|  |  2   |  3 |   |   |   |            |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |
|  | <p><b>Skizze</b></p>  |   |   |   |   |            |                |           |            |         |              |         |   |   |   |  |   |   |  |  |  |

### 6. Zeugen

|         |          |
|---------|----------|
| Name    | Vorname  |
| Adresse | Tel. Nr. |

### 7. Beschädigtes fremdes Fahrzeug

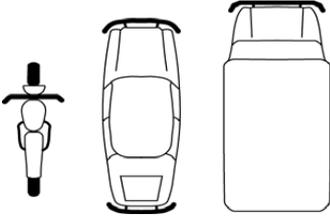
Halter/in (Name, Adresse, Telefon)

Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)

Marke und Typ, Kontrollschild Nr.

Wo ist es versichert?

Bezeichnen Sie den Punkt der Beschädigung am fremden Fahrzeug



### 8. Beschädigte sonstige Sachen

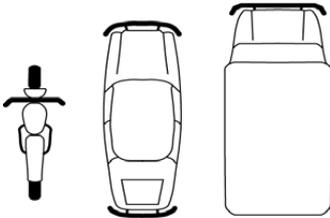
|   |                     |
|---|---------------------|
| Bezeichnung der Sache, Art des Schadens             | Schadenhöhe ca. Fr. |
| Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)              |                     |
| War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?               |                     |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                     |

### 9. Schaden am eigenen Fahrzeug

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Wer hat den Schaden verursacht? | Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte versichert? |
|---------------------------------|---|

Bezeichnen Sie den Punkt der Beschädigung am eigenen Fahrzeug



**10. Bemerkungen des/der Versicherungsnehmers/-in**

-----  
-----

Der Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Ferner ist er damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft Daten welche für die Schadenabwicklung notwendig sind, an Dritte weiterleitet.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Fahrzeuglenkers

-----