

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 (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"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fahrzeuge</th> <th>Motorradfahrer</th> <th>Radfahrer</th> <th>Fussgänger</th> </tr> <tr> <th>Eigenes</th> <th>Gegnerisches</th> <th>Weitere</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Fahrzeuge			Motorradfahrer	Radfahrer	Fussgänger	Eigenes	Gegnerisches	Weitere									
	Fahrzeuge			Motorradfahrer	Radfahrer	Fussgänger															
Eigenes	Gegnerisches	Weitere																			
																					
	<p>Skizze</p>																				

6. Zeugen

Name	Vorname
Adresse	Tel. Nr.

7. Beschädigtes fremdes Fahrzeug

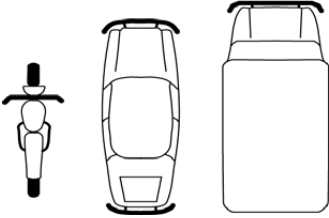
Halter/in (Name, Adresse, Telefon)

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

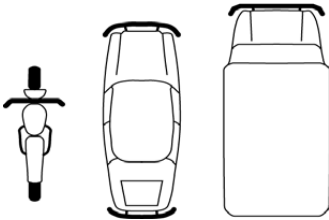
Bezeichnung der Sache, Art des Schadens	Schadenhöhe ca. Fr.
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)	
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

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
