



Schadenanzeige

Motorfahrzeug-Versicherungen

Betroffene Versicherung

Haftpflicht
 Teilkasko
 Vollkasko
 Insassen

Versicherer		Versicherungsnehmer	
Gesellschaft		Name	
Police Nr.		Strasse	
Schaden-Nr.		PLZ Ort	

MwSt-pflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahlungsverbindung	
MwSt-Nr.		Bank, Adresse, IBAN-/Konto N°	
		PC-Konto N°	

Schadenzeit und -Ort

Datum / Uhrzeit	
Ort / Strasse / Land	

Schadenhergang

Örtlichkeiten / Witterung	<input type="checkbox"/> ausserorts <input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Nebel <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> dunkel
Geschwindigkeit	Ihres Fahrzeuges: km/h / des Geschädigten: km/h
Hatten alle Fahrzeuginsassen die Sicherheitsgurten angelegt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wer nicht	
Anzahl Mitfahrer/innen	
Detaillierte Beschreibung des Ereignisses • Hergang • Skizze • Allfällige Ergänzungen zum europäischen Unfallprotokoll	
Halten Sie sich bzw. den/die Fahrzeuglenker/in Ihres Fahrzeuges für	<input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise schuldig <input type="checkbox"/> nicht schuldig



Verwendetes Motorfahrzeug			
Fahrzeugart		Marke / Typ	
Chassis- / oder Stammnummer		1. Inverkehrsetzung	
Kontrollschild		Kilometerstand	

Lenker/in des versicherten Fahrzeuges			
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in?	<input type="checkbox"/> Andere?	<input type="checkbox"/> zur Fahrt ermächtigt?	<input type="checkbox"/> Fahrzeug ausgemietet?
Name und Adresse			
Geburtsdatum / Nationalität			
Führerausweis seit			

Mitfahrer/innen und Zeugen	
Name und Adresse	Name und Adresse

Beschädigte, zerstörte Sachen		
	Beschädigtes fremdes Fahrzeug	Schäden am eigenen Fahrzeug
Halter/in, Name, Adresse		
Marke/Typ/Kontrollschild		
Art der Beschädigung		
Ungefähre Schadenhöhe in CHF		
Bei welcher Gesellschaft versichert		
Name und Adresse der Garage		
	Übrige beschädigte Sachen	
Eigentümer/in, Name, Adresse		
Art der Beschädigung		
Schadenhöhe (ca.) / Reparaturkosten (CHF)		



Verletzung oder Tötung von Personen	
Name / Adresse	
Beruf	
Arbeitgeber/in	
Behandelnder Arzt / Spital	
Krankenkasse / Unfallversicherung der verletzten Person	

Meldung bei Polizei		
Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erstellt am		
Durch wen (Name / Adresse)		

Zuständig bei Rückfragen	
Broker	Walser Consulting AG, 8803 Rüschlikon
Versicherungsnehmer (Name, Tel.)	

Bemerkungen / Ergänzungen / Hinweise

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungs-Gesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffende Akten (wie Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA, UVG-Versicherers etc.). Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte (z.B. beteiligte Versicherer) weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort, Datum	
Unterschrift	