

## Motorfahrzeugversicherung

### Schadenanzeige

Versicherungs-Gesellschaft

Police-Nr.



### Versicherungsnehmer

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ PC- oder Bankkonto \_\_\_\_\_  
 Beruf / Betrieb \_\_\_\_\_ Bank / Filiale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ in  
 MWST-pflichtig  nein  ja  
 Strasse \_\_\_\_\_ MWST-Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Sind Sie Rechtsschutz versichert?  nein  ja  
 Tel. P. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_  
 Tel. G. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Ist der Fall gemeldet?  nein  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 \_\_\_\_\_

### Fahrer des versicherten Fahrzeugs

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Name der Begleitperson \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Seit wann hat sie den Führerausweis? \_\_\_\_\_  
 Beruf/Betrieb \_\_\_\_\_ Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt?  
 \_\_\_\_\_  ja  
 Strasse \_\_\_\_\_ Wie? \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Steht er in Ihren Diensten?  ja  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit  
 Nationalität \_\_\_\_\_ Ihrer Ermächtigung geführt?  nein  ja  
 Besitz gültigen Führerausweis\*  nein  ja War ihm das Fahrzeug ausgemietet?  
 Schweizerischen Ausweis\*  nein  ja \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Seit wann? \_\_\_\_\_ (leer lassen)  
 Ausländischen Ausweis\*  nein  ja  
 Besitz Lernfahrausweis\*  nein  ja

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

### Schadeneignis

Datum \_\_\_\_\_ Zeit (0-24) \_\_\_\_\_ Amtliche Tatbestandsaufnahme  nein  ja  
 Ort und Strasse \_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ausserorts  trocken  Regen  Nebel  
 innerorts  Schnee  Eis  dunkel  
 Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für  
 schuldig  teilweise  nicht schuldig  
 Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h \_\_\_\_\_  
 Geschwindigkeit des Geschädigten km/h \_\_\_\_\_

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

## Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)? \_\_\_\_\_

Mitfahrer  Zeuge

a) Name / Vorname \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Mitfahrer  Zeuge

b) Name / Vorname \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Mitfahrer  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 _____	Arbeitgeber _____	
PLZ / Ort _____	Worin besteht die Verletzung? _____	
Beruf _____		<small>(leer lassen)</small>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals _____		

b) Name / Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_  
 Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals  
 \_\_\_\_\_  
 Welche Geschädigte in Ihrem Fahrzeug waren mit Sicherheitsgurten geschützt?  a)  b)  
 Welche Geschädigte sind mit dem Halter verwandt?  a)  b)  
 Wie?  
 \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
 Worin besteht die Verletzung?  
 \_\_\_\_\_ (leer lassen)  
 Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?  
 nein  ja  
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?  
 \_\_\_\_\_  
 Welche Geschädigte standen im Dienste des Halters oder Fahrzeugführers?  a)  b)  
 Stellung \_\_\_\_\_

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

Gegenstand 1 \_\_\_\_\_  
 Art der Beschädigung \_\_\_\_\_  
 Name / Vorname des Eigentümers \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Gegenstand 2 \_\_\_\_\_  
 Art der Beschädigung \_\_\_\_\_  
 Name / Vorname des Eigentümers \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?  
 nein  ja

Standort \_\_\_\_\_  
 Vermutliche Schadenhöhe CHF  
 \_\_\_\_\_ (leer lassen)  
 Bei welcher Gesellschaft versichert?  
 \_\_\_\_\_  
 MWST -pflicht  nein  ja  
 MWST-Nr. \_\_\_\_\_  
 Standort \_\_\_\_\_  
 Vermutliche Schadenhöhe CHF  
 \_\_\_\_\_ (leer lassen)  
 Bei welcher Gesellschaft versichert?  
 \_\_\_\_\_  
 MWST-pflichtig  nein  ja  
 MWST-Nr. \_\_\_\_\_  
 Wie? \_\_\_\_\_

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

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur \_\_\_\_\_  
 Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? \_\_\_\_\_  
 Wann haben Sie das Fahrzeug angeschafft?  
 \_\_\_\_\_

Vermutliche Schadenhöhe in CHF \_\_\_\_\_  
 Ab wann? \_\_\_\_\_  
 Wo und zu welchem Preis?  
 CHF \_\_\_\_\_

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

Ort und Datum

Unterschrift des Fahrzeugführers  
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers