

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 411 70 80

Gesellschaft

Policennummer

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 rechtsschutzversichert?	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

Führer des versicherten Fahrzeugs

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

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

Schadenergebnis

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		

Fahrzeuge Eigenes 1 andere 2 3 etc. Fussgänger Radfahrer

Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)?

<u> </u> Mitfahrer	<u> </u> Zeuge	
a) Name/Vorname	<u> </u>	Tel. P. <u> </u> Mobil <u> </u>
Strasse	<u> </u>	Tel. G. <u> </u> Mobil <u> </u>
PLZ/Ort	<u> </u>	Fax <u> </u> E-Mail <u> </u>
<u> </u> Mitfahrer	<u> </u> Zeuge	
b) Name/Vorname	<u> </u>	Tel. P. <u> </u> Mobil <u> </u>
Strasse	<u> </u>	Tel. G. <u> </u> Mobil <u> </u>
PLZ/Ort	<u> </u>	Fax <u> </u> E-Mail <u> </u>
<u> </u> Mitfahrer	<u> </u> Zeuge	
c) Name/Vorname	<u> </u>	Tel. P. <u> </u> Mobil <u> </u>
Strasse	<u> </u>	Tel. G. <u> </u> Mobil <u> </u>
PLZ/Ort	<u> </u>	Fax <u> </u> E-Mail <u> </u>

Andere beteiligte Fahrzeuge

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

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

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

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 _____
 (leer lassen)
 Arbeitgeber _____
 Worin besteht die Verletzung? _____
 (leer lassen)
 Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? nein ja
 Bei welcher andern 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-pflichtig 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 CHF _____

 Ab wann? _____

 Zu welchem Preis? CHF _____

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Die Unterzeichneten ermächtigen die Marcel Raymann AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten, des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die MR AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige 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 _____