

## Schadenanzeige für Motorfahrzeuge

Police-Nr. \_\_\_\_\_

Für sofortige Schadenanmeldung  
Telefon 0848 00 93 20

### 1. Versicherungsnehmer

Name, Firma \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bank, Filiale \_\_\_\_\_

Konto Nr. / PC-Nr.    Clearing-Nr. \_\_\_\_\_

Ist Ihre Firma vorsteuerabzugsberechtigt

JA /  NEIN

### 2. Fahrzeug

Marke und Typ \_\_\_\_\_

Stamm-Nr. \_\_\_\_\_

Kontrollschild \_\_\_\_\_

### 3. Fahrzeuglenker

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zum Schadenereignis

Datum des Ereignisses \_\_\_\_\_

Zeit (0-24 Uhr) \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Welche Risiken sind betroffen (zutreffendes ankreuzen):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kollision     | <input type="checkbox"/> Feuer                   | <input type="checkbox"/> Elementarereignisse |
| <input type="checkbox"/> Diebstahl     | <input type="checkbox"/> Glas                    | <input type="checkbox"/> Tierschäden         |
| <input type="checkbox"/> Marderschäden | <input type="checkbox"/> Böswillige Beschädigung |  |
| <input type="checkbox"/> Parkschäden   |  |  |

Bei Kollision Beschreibung des Herganges und Skizze / Bei Diebstahl gestohlene Sachen und Werte Angeben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Angaben über den Schaden an dem von Ihnen gelenkten Fahrzeug

Welche Fahrzeugteile sind beschädigt

Schadenhöhe in CHF

### Name und Adresse der Werkstatt

Telefon:

Reparaturdatum: 05.11.2009

### Angaben über Schäden an fremden Fahrzeugen (Unfallgegner)

Name, Firma

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)

Fahrzeug

Kontrollschild

### Welche Fahrzeugteile

Name und Adresse des Lenkers (sofern nicht identisch mit dem

Name und Adresse der Werkstatt

Schadenhöhe in CHF

### Angaben über Schäden über sonstige Schäden (z.B. Verkehrssignale, Tiere, Gartenzäune usw.)

Name, Firma

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (Tagsüber)

Beschädigung oder zerstörter Gegenstand / Schadenhöhe CHF

### Angaben über verunfallte Personen

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (Tagsüber)

Geburtsdatum

Beruf

Art der Verletzung

Adresse des behandelnden Arztes/ Spitals

Bei welcher Versicherung/ Krankenkasse ist diese Person gegen Unfall versichert

Datum und Ort,

Unterschrift

(Mit der Unterschrift bestätigt der Versicherungsnehmer, die vorstehenden Fragen korrekt beantwortet zu haben)