

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon

0800 809 809

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname	Geb.-Datum	Zivilstand
Firma	PC- oder Bankkonto	
Beruf/Betrieb	Bank/Filiale in	
	MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse	MWST-Nr.	
PLZ/Ort	Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. P.	Mobil	Wo?
Tel. G.	Mobil	
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
Strasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	Wie?
Geb.-Datum	Steht er in Ihrem Dienst?
Nationalität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besitzt gültigen Führerausweis*	Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schweizerischen Ausweis*	War ihm das Fahrzeug ausgemietet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Seit wann?	(leer lassen)
Ausländischen Ausweis*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Besitzt Lernfahrausweis*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

Schadenergebnis

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

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Fahrzeuge Eigenes 1 andere 2 3 etc. Fussgänger Radfahrer

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

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. Er ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen 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