

## Schadenanzeige Motorfahrzeugversicherung

<b>Versicherungs-Gesellschaft:</b>	
<b>Police Nummer:</b>	
<b>Flottenvertrags Nummer:</b>	
<b>Schadennummer:</b>	
<b>Versicherungsnehmer</b>	
Name, Vorname / Firma:	
Beruf / Betrieb:	
Adresse:	
Telefon:	
Bank- oder Postcheckkonto:	
<b>Bezeichnung Ihres am Unfall beteiligten Motorfahrzeuges</b>	
Kontrollschild:	Fahrzeugart:
Fabrikmarke und Typ:	
Stamnummer:	1. Inverkehrsetzung:
<b>Lenker Ihres versicherten Fahrzeuges</b>	
Name, Vorname:	
Beruf:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	Prüfungsdatum:
Telefon:	P: <span style="margin-left: 100px;">G:</span>
Ist der Lenker mit Ihnen verwandt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Lenker die Fahrt mit Ihrer Einwilligung ausgeführt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde das Fahrzeug ausgemietet:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Schadenergebnis</b>	
Schadendatum / Zeit:	
Unfallstelle Ort / Strasse:	
<b>Skizze des Unfallherganges</b>	<b>Genauere Beschreibung des Unfallherganges</b>
Amtliche Tatbestandaufnahme:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von welcher Polizeistelle:	
Zweck der Fahrt (beruflich, privat, Arbeitsweg):	
Mit welcher Geschwindigkeit wurde Ihr Fahrzeug gefahren:	
Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trifft eine andere Person ein Verschulden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Mitfahrer und Zeugen</b>	
Welche Personen fuhren in Ihrem Fahrzeug mit: (Name, Vorname, Adresse)	
Wie sind diese Personen mit Ihnen verwandt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie gegen Entgelt mitgeführt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bei Beschädigung oder Zerstörung fremder Fahrzeuge:</b>	
Name und Vorname des Halters:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	P: _____ G: _____
Name und Adresse des Lenkers:	
<b>Beschädigtes Fahrzeug:</b>	
Kontrollschild:	Fahrzeugart: _____
Fabrikmarke und Typ:	
Stammnummer:	1. Inverkehrsetzung: _____
Worin besteht die Beschädigung:	
geschätzte Schadenhöhe:	
Reparaturwerkstätte (Adresse / Telefonnummer):	
Ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden:	
<b>Bei Körperverletzung und Tötung von Personen</b>	
Name und Vorname der verletzten Person:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Worin besteht die Verletzung:	
Name u. Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals:	
<b>Bei Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeuges</b>	
Worin besteht die Beschädigung bzw. was wurde gestohlen:	
geschätzte Schadenhöhe:	
Reparaturwerkstätte (Adresse / Telefonnummer):	
Ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden:	
<b>Bemerkungen:</b>	
Der Verunfallte ermächtigt die "Versicherungsgesellschaften" zur Einsichtnahme in die amtlichen, gerichtlichen und sonstigen Akten und entbindet die behandelnden Ärzte vom Arztgeheimnis.	
<b>Ort und Datum:</b>	<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers:</b>
Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an: Versicherungsbroker Scherrer GmbH, Gamsabetta 22, CH-9477 Trübbach Tel.: +41 81 740 27 40, Fax: +41 81 740 27 41, Nat: +41 79 611 06 64, E-Mail: markus.scherrer@vbscherrer.ch	