

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon

0800 80 60 50

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.

Schadenereignis

| | | |
|--|-------------|---|
| 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 Haftpflichtvers.) 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 ist damit einverstanden, dass die Finanzpunkt AG die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten beschafft und bearbeitet. Dies beinhaltet auch die Einholung von Auskünften bei Drittpersonen. Gegebenenfalls werden die Daten an involvierte Dritte, namentlich Mit-, Rück- und andere beteiligte Versicherer weitergeleitet. Zudem können zur Durchsetzung von Regressansprüchen Informationen an haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherung weitergegeben werden. Ebenso wird die Finanzpunkt AG ermächtigt, bei Amtsstellen sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit sie den angemeldeten Schadenfall betreffen. Die Finanzpunkt AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Fahrzeugführers
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer) _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____