|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VersicherungsnehmerStrasse |       |

|  |
| --- |
| Sind Sie Mwst-pflichtig?  |
| [ ]  ja: Mwst-Nr. |       |
| [ ]  nein |  |

 |
|       |
| **PLZ / Ort** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Postcheckkonto:  |       |

 |
| **Telefon** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Bankkonto:  |       |

 |
| **Kontaktperson** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Bankname:  |       |

 |
| **V****ersicherungsart** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Police Nr.**  |       |

 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesellschaft:**  |  |

 |
| **Schadendatum/-Zeit** |       |
| **Schadenort** |       |
|  | *Ort, Strasse, nähere Bezeichnung* |
| **Geschädigter oder Verletzter** |       |
|       |
|  | *genaue Adresse* |
| **Schadenhergang** |       |
|  |       |
|  |       |
|  | *Beschreibung des Schadenherganges, allenfalls Skizze beilegen* |
| **Verschulden aus Ihrer Sicht** | [ ]  Unser / Mein Verschulden oder des Angestellten/Familienangehörigen[ ]  Verschulden des Geschädigten selbst oder einer Drittperson |
| **Betroffene Sachen** |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  | *Gestohlene oder beschädigte Sachen aufzählen oder Liste beilegen, inkl. Wiederbeschaffungspreis (allenfalls vorhandene Quittungen, Belege, usw. bitte beifügen)* |
| **Besichtigung** |       |
|  |       |
|  | *Wann ist eine Besichtigung möglich? Adresse und Tel. der zuständigen Person* |
| **Polizeirapport** | [ ]  nein [ ]  ja       |
|  |  Adresse Polizeistation und evtl. Name des Beamten |
| **Schadenhöhe** | CHF       |
|  | *Bitte unbedingt angeben, auch wenn nur Schätzung möglich* |
|  |
| Der Versicherungsnehmer darf ohne Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten sowie die Akten des UVG-Versicherers.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort und Datum      |  | Unterschrift |

### Zusätzliche Angaben nur bei Motorfahrzeugschäden

|  |  |
| --- | --- |
| **Verursachender Lenker** |       |
|  |       |
|  | *Name, Vorname und Adresse des Lenkers* |
|  |       |
|  | *Geburtsdatum* |
|  |       |
|  | *Datum Führerausweis der entsprechenden Kategorie* |
|  |       |
|  | *Marke und Typ des eigenen Fahrzeugs* |
|  |       |
|  | *Kontrollschildnummer* |
|  |       |
|  | *Schaden am eigenen Fahrzeug, wenn möglich Schadenhöhe* |
|  |       |
|  |       |
|  | *Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? Adresse, Tel. Nr. der zuständigen Person* |
|  |       |
|  | *Ab wann?* |
|  |  |
| **Geschädigte**r |       |
|  |       |
|  | *Fahrzeughalter* |
|  |       |
|  | *Name, Vorname und Adresse des Lenkers, wenn nicht mit Halter identisch* |
|  |       |
|  | Fahrzeug: Marke und Typ des Kollisionspartners |
|  |       |
|  | *Kontrollschildnummer* |
|  |       |
|  | *Schaden am fremden Fahrzeug, wenn möglich Schadenhöhe* |
|  |  |
|  |       |
|  | *Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? Adresse, Tel. Nr. der zuständigen Person* |
|  |       |
|  | *Ab wann?* |