|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherungsnehmer Strasse |  | |  |  | | --- | --- | | 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?* |