



Schafer Versicherungen AG
 Impasse de la Forêt 13
 Postfach 1424
 1701 Freiburg

Tel.: +41 26 488 34 34
 Fax.: +41 26 488 34 35
 e-mail: office@schafer.ch

Schadenmeldung - Motorfahrzeugversicherung

Haftpflicht Vollkasko Teilkasko Insassen-Unfall

Versicherungsnehmer

Name, Vorname / Firma

Strasse

Telefon Privat

PLZ / Ort

Telefon Geschäft

Gesellschaft

Police Nr.

Rechtsschutzversicherung ?

Wurde der Fall dort gemeldet ?

Gesellschaft (Rechtsschutzversicherung)

ja nein

ja nein

PC-Konto

Nr. _____

Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig ?

ja nein

Bank-Konto

Nr. _____

Wenn ja : Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt ?

ja nein

Name und Ort der Bank

Wenn ja : Mehrwertsteuer-Nr. _____

Eigenes Fahrzeug

Am Unfall beteiligtes
eigenes Fahrzeug

Stamm-Nr.	Chassis-Nr.	Kontrollschild-Nr.	Marke & Typ	1. Inverkehrsetzung
Anzahl der Insassen beim Unfall (inklusive LenkerIn)		Beförderung gegen Bezahlung ? ja nein		km-Stand
			War das Fahrzeug vermietet ? ja nein	

LenkerIn

des oben genannten
Fahrzeugs

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon P

Telefon G

Adresse

Beruf

Gültiger Führerausweis ?

Kategorie

Seit (Tag, Monat, Jahr)

War er/sie vom Halter zur Fahrt ermächtigt

ja nein

ja nein

Nur bei Lernfahrausweis : Name der Begleitperson

Mit gültigem Fahrausweis seit

Kategorie

Schadenereignis

Schadendatum

Zeit

vormittags
nachmittags

Witterung / Strassenzustand

Schadenort, Strasse

innerorts
ausserorts


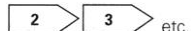



Zeugen (Name, Adresse, Telefon)

Wen trifft nach Ihrer Ansicht ein Verschulden und weshalb ?

Polizeirapport ja nein	Durch welche Amtsstelle aufgenommen	Wer wurde verzeigt
--------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Beschreibung

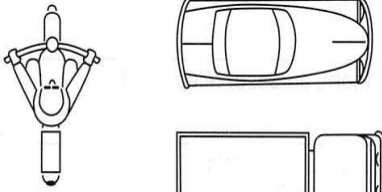
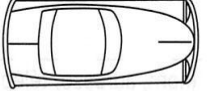
Beschreibung des
Schadeneignisses
bzw. des
Unfallhergangs mit
Skizze

Zeichen- muster	mein Wagen 	weitere Wagen  etc.	Motorrad 	Fahrrad 	Fussgänger 1 2 x x etc.	Zeugen 
--------------------	---	---	---	---	--	---

Verletzte Personen

Name, Vorname		in meinem Fahrzeug		Radfahrer	Ist sie mit dem Fahr- zeughalter verwandt ?	ja
_____		in einem anderen Fahrzeug		Fussgänger		nein
Adresse		Beruf / Arbeitgeber		SUVA- / UVG- / MV- versichert ?		ja
_____		_____				nein
Geburtsdatum	Zivilstand	Telefon P	Art der Verletzung ?		Besteht eine sonstige	
_____	_____	_____	_____		ja	
		Telefon G			Unfallversicherung ?	
		_____			nein	
Arbeitsunfähig		Behandelnder Arzt / Spital (Name, Adresse, Telefon)			Bei welcher Gesellschaft ?	
ja nein		_____			_____	
Sicherheitsgurte getragen ?		ja nein				
_____		_____				

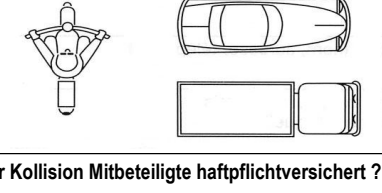
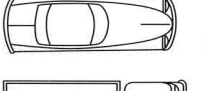
Beschädigtes fremdes Fahrzeug

Halterin (Name, Adresse)		Telefon P	
_____		_____	
Lenkerin (Name, Adresse)		Telefon P	
_____		_____	
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		Bitte die Aufprallstelle durch → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen !	
_____		_____	
Wo ist es Haftpflichtversichert	Vollkasko ja nein		
	Teilkasko ja nein		
	Gesellschaft		
Wo erfolgt die Reparatur ? (Firma, Adresse)	Telefon G		
_____	_____		
Ab wann ?	Reparaturkosten ca Fr.		
_____	_____		

Beschädigte sonstige Sache

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens		Schadenhöhe ca Fr.	
_____		_____	
Geschädigte/-r, EigentümerIn (Name, Adresse)		Telefon P	
_____		_____	
War der/die Geschädigte MitfahrerIn ?	ja nein	Ist er/sie mit dem/der Fahr-zeughalterIn verwandt ?	ja nein
_____	_____	_____	_____
		Verwandschaftsgrad ?	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert ?
		_____	_____

Schaden am eigenen Fahrzeug

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen		Bitte die Aufprallstelle durch → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen !	
_____		_____	
Wo erfolgt die Reparatur ? (Firma, Adresse)	Telefon G		
Ab wann ?	Reparaturkosten ca Fr.		
_____	_____		
Wer hat den Schaden verursacht ?	Wo ist der an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert ?		
_____	_____		

Der / Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft, von anderen Versicherern oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen.

Ausserdem ermächtigt der / die Unterzeichnete die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischem Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der / Die Unterzeichnete ist damit einverstanden, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- oder Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln kann.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Wir bitten Sie, folgendes zu beachten :

- Schadenfälle sind der Gesellschaft umgehend anzumelden, auch dann, wenn keine Ersatzansprüche gestellt werden oder sich der/die VersicherungsnehmerIn bzw. LenkerIn nicht verantwortlich fühlt.
- Todesfälle sind sofort mittels Fax oder telefonisch zu melden.
- Ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft dürfen dem/der Geschädigten gegenüber keine Ansprüche anerkannt werden.