

Motorfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon

0800 809 809

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* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schweizerischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	War ihm das Fahrzeug ausgemietet?
Seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ausländischen Ausweis* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(leer lassen)
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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort und Strasse		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		Geschwindigkeit Ihres Fahrzeugs km/h	
<input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht schuldig		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?	(leer lassen)
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		

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 Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen 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 Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen AG ermächtigt, bei Amtsstellen sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit sie den angemeldeten Schadenfall betreffen. Die Versicherungsgesellschaft AXA Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Fahrzeugführers (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer) _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____