

Schadenanzeige für Motorfahrzeugversicherungen
Haftpflicht
Kasko
Unfall

Geschäftsstelle:

Police-Nr.:

Versicherungsnehmer/in

1	Name/Firma	Vorname	Tel.	Geschäft	privat
2	Adresse		E-Mail		
	Postkonto	Bankverbindung	Mehrwertsteuer-Nr.		
3	Rechtsschutzversicherung?	ja nein	Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	Wurde der Fall dort gemeldet?	ja nein

Am Unfall beteiligtes eigenes Fahrzeug (gemäss Angaben im Fahrzeugausweis)

4	Marke und Typ	Chassis-Nr.	Kontrollschild-Nr.		
5	Anzahl der Insassen beim Unfall (inkl. Lenker/in)	Fahrzeugausweis vorhanden?	ja nein	1. Inverkehrsetzung	km-Stand
				War das Fahrzeug ausgemietet?	ja nein

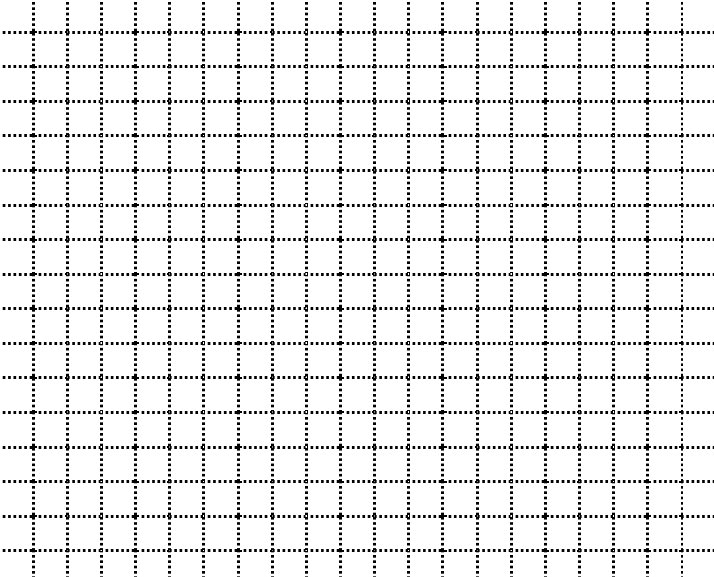
Lenker/in des oben genannten Fahrzeuges

6	Name	Vorname	Geburtsdatum	Mann Frau	War er/sie zur Fahrt ermächtigt?	ja nein
7	Adresse				Tel.	Geschäft privat
8	Gültiger Führerausweis seit	schweizerischer ausländischer	Kategorie	Nationalität	Ausländerausweis A B C	
9	Nur bei Lernfahrausweis: Name/Vorname der Begleitperson			Mit gültigem Führerausweis seit	Kategorie	

Schadenhergang

10	Datum	Zeit	vormittags Uhr	nachmittags	Witterung/Strassenzustand	
11	Ort und Strasse					innerorts ausserorts
12	Zeugen (Name, Adresse, Telefon)					
13	Ist der/die Lenker/in des oben genannten Fahrzeuges Weshalb?					
	nicht	teilweise	allein schuldig?			

14	Polizei-rapport?	ja nein	Durch welche Stelle aufgenommen?	Wer wurde verzeigt?
----	------------------	------------	----------------------------------	---------------------

15	Was hat sich ereignet? (genaue Schilderung, auch wenn ein Polizeirapport besteht)	Skizze (bitte in jedem Fall anfertigen) 
----	---	--

(wenn notwendig, Fortsetzung auf einem separaten Blatt)

Verletzte/r (bei weiteren Verletzten bitte Beiblatt benützen)								
16	Name, Vorname / Adresse / Telefon						Geburtsdatum	
17	Beruf und Arbeitgeber/in							
18	War der/die Verletzte	Mitfahrer/in im versicherten Fahrzeug? Mitfahrer/in in einem anderen Fahrzeug?	Radfahrer/in? Fussgänger/in?	Trug er/sie Sicherheitsgurten?	ja nein	Ist er/sie UVG-versichert?	ja nein	
19	Besteht eine sonstige Unfallversicherung?	ja nein	Name der Kasse oder Gesellschaft				Heilungskosten versichert?	ja nein
20	Art der Verletzungen						Arbeitsunfähigkeit?	ja nein
21	Arzt/Spital (Name, Adresse, Telefon)							

Beschädigtes fremdes Motorfahrzeug (bei mehreren, bitte Beiblatt benützen)								
22	Halter/in (Name, Adresse, Telefon)							
23	Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)							
24	Marke und Typ/Kontrollschild-Nr.				Wo ist es haftpflichtversichert?			
25	Wo ist es kaskoversichert?	Teilkasko? Vollkasko? Selbstbehalt Fr.			Bitte die Aufprallstelle durch ➔ markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.			
26	Sichtbare Beschädigungen							
27	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)							
28	Ab wann?	Reparaturkosten? zirka Fr.						

Beschädigte sonstige Sachen (Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf Beiblatt)								
29	Bezeichnung der Sache/Art des Schadens						Schadenhöhe zirka Fr.	
30	Geschädigte/r / Eigentümer/in (Name, Adresse, Telefon)							
31	War der/die Geschädigte im versicherten Fahrzeug?	Mitfahrer/in ja nein	Ist er/sie mit dem/der Fahrzeughalter/in verwandt?	ja nein	Verwandtschaftsgrad	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert?	ja nein	

Schaden am eigenen Fahrzeug (nur ausfüllen, wenn es bei der NATIONAL kaskoversichert ist)								
32	Art des Schadens/Bezeichnung der entwendeten Sachen				Bitte die Aufprallstelle durch ➔ markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.			
33	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)							
34	Ab wann?	Reparaturkosten? zirka Fr.						
35	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	ja nein						
36	Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Adresse, Telefon)							

Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin								
37	Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft, Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, an andere Versicherer und an sonstige Dritte weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Gesellschaft. Die versicherte/unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen sowie sonstige Dritte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Gesellschaft oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.							
38	Ort und Datum				Unterschrift			

Von der Geschäftsstelle der NATIONAL VERSICHERUNG auszufüllen:								
A	Mitteilung an MFK am:				Kenntnis vom Schaden seit:			
B	Mitbeteiligte Versicherungen:							
C	Massnahmen: Arztbericht, Expertise, Polizeirapport							