

Schadenanzeige Dienstfahrten-Kaskoversicherung

Policen-Nr. _____

Kontakt: Cevi Schweiz, Matthias Heck
matthias.heck@cevi.ch
 +41 44 213 20 47

1. Versichertes Fahrzeug

Fahrzeugart	_____	Fabrikmarke und Typ	_____
Kontrollschild	_____	1. Inverkehrsetzung	_____
Total gefahrene km	_____	Chassis bzw. Stammnummer	_____

2. Fahrzeughalter (gemäss Fahrzeugausweis)

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____ Heimatstaat: _____

3. Führer des versicherten Fahrzeugs

1) Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Adresse: _____
 Besitzt die Person einen gültigen Führerausweis? Ja Nein
 Lernfahrausweis? Ja Nein
 Falls ja, seit wann? _____

Begleitperson (nur bei Lernfahrausweis)

2) Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Führerausweisdatum: _____
 Ist der Fahrzeugführer mit dem Fahrzeughalter verwandt? Ja Nein
 Falls ja, wie? _____
 Steht der Fahrzeugführer in ihrem Dienst? Ja Nein
 Hat der Fahrzeugführer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt? Ja Nein
 War ihm das Fahrzeug ausgemietet worden? Ja Nein

4. Schadenereignis

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort und Strasse: _____
 ausserorts trocken Regen Nebel
 innerorts Schnee Eis dunkel
 Hat eine amtliche Tatbestandsaufnahme stattgefunden? Ja Nein
 Wenn ja, durch wen? (Bitte Protokoll beilegen) _____
 Schadenhergang: _____

Für die Fortsetzung bitte separates Blatt verwenden.

Sind sie rechtsschutzversichert?

Ja

Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Ist der Fall dort gemeldet?

Ja

Nein

Skizze**5. Zeugen und Mitfahrer**

- | | | |
|----|--------------------|----------------|
| 1) | Name: _____ | Vorname: _____ |
| | Telefon-Nr.: _____ | Adresse: _____ |
| 2) | Name: _____ | Vorname: _____ |
| | Telefon-Nr.: _____ | Adresse: _____ |
| 3) | Name: _____ | Vorname: _____ |
| | Telefon-Nr.: _____ | Adresse: _____ |
| 4) | Name: _____ | Vorname: _____ |
| | Telefon-Nr.: _____ | Adresse: _____ |

6. Ihre Ansichten zur Schadensursache

Verschulden Ihrerseits respektive den Lenker Ihres Fahrzeuges

Verschulden des Geschädigten oder einer Drittperson

Begründung: _____

7. Verletzung oder Tötung von Personen

- | | | |
|----|---|-------------------------------|
| 1) | Name: _____ | Vorname: _____ |
| | Telefon-Nr.: _____ | Adresse: _____ |
| | Arbeitgeber: _____ | Beruf, beschäftigt als: _____ |
| | Zivilstand: _____ | Geburtsdatum: _____ |
| | Worin besteht die Verletzung? _____ | |
| | Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____ | |
| | Arbeitsfähigkeit seit: _____ | Pensum: _____ |
| | Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? | |
-

2) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf, beschäftigt als: _____
 Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____
 Worin besteht die Verletzung? _____
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____

 Arbeitsfähigkeit seit: _____ Pensum: _____
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

3) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf, beschäftigt als: _____
 Zivilstand: _____ Geburtsdatum: _____
 Worin besteht die Verletzung? _____
 Name und Adresse des erstbehandelnden Arztes: _____

 Arbeitsfähigkeit seit: _____ Pensum: _____
 Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

8. Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen

1) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)? _____

 Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein
 Standort der beschädigten Sache: _____
 Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): _____
 Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

 Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?
 Teilkasko Vollkasko Feuer Diebstahl
 Glasbruch Wasserschaden Maschinenbruch Bauwesen
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

2) Name: _____ Vorname: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Ist die geschädigte Person mit Ihnen oder dem Schadenverursacher verwandt? Ja Nein
 Was ist beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung (bei Motorfahrzeugen: Kontrollschild, Stammnummer)? _____

 Kann die beschädigte Sache repariert werden? Ja Nein

Standort der beschädigten Sache _____

Ungefähre Schadenhöhe (Schätzung): _____

Sind Ihnen gegenüber bereits Schadenersatzansprüche gestellt worden? Wenn ja, von wem?

Bestehen weitere Versicherungen für die oben erwähnten Sachen?

Teilkasko	Vollkasko	Feuer	Diebstahl
Glasbruch	Wasserschaden	Maschinenbruch	Bauwesen

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

9. Schaden am eigenen Fahrzeug (Nur bei Kaskoversicherung)

Welche Teile sind beschädigt bzw. was ist gestohlen worden? _____

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur? (Name, Adresse und Kontaktdaten) _____

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Wann kann das Fahrzeug besichtigt werden? _____

Vermutliche Schadenhöhe _____

Das Fahrzeug haben Sie angeschafft _____

zu welchem Preis? _____

wann? _____

10. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme und die amtlichen Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA und anderer Unfallversicherer). Er ist ferner damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Ort und Datum:

Unterschrift des Lenkers des versicherten Fahrzeuges: