

Schadenanzeige für Motorfahrzeuge

Formular bitte möglichst vollständig ergänzen.

Policen-Nr.

Gesellschaft

Versicherungsnehmer

Firma, Name, Vorname

Strasse

PLZ Ort

Geburtsdatum

Kontaktperson

Telefon

Email

Bankkonto / PC-Konto

Bankfiliale

MwSt -Pflichtig? Ja Nein

Vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

Schadenereignis

Datum

Zeit

Schadenort

ausserorts innerorts

trocken Regen Schnee Eis Nebel dunkel

Schilderung des Schadenhergangs
(Rapporten, Skizzen, Fotos etc. bitte mit separater
Post zusenden)

Sind Sie rechtsschutzversichert? Ja Nein

Wenn ja, ist der Fall gemeldet? Ja Nein

Gesellschaft/Policen-Nr.

Amtliche Tatbestandsaufnahme? Ja Nein

Wenn ja, Polizeiposten

Polizeibeamter

Verwendetes eigenes Fahrzeug

Fahrzeugart (PW, Lastwagen etc.)	
Marke und Typ	
Kontrollschildnummer	
1. Inverkehrsetzung	
Kilometer-Stand	

Andere beteiligte Fahrzeuge

Sind andere Fahrzeuge beteiligt gewesen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche (Fahrzeug, Name und Adresse des Halters, Kontrollschildnummer, Versicherung, usw.)	

Lenker des versicherten Fahrzeuges

Gibt es einen Fahrzeuglenker?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Name, Vorname	
Beruf	
Strasse	
PLZ Ort	
Geburtsdatum	
Führerausweis seit wann?	
Ausländischer Führerausweis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gültiger Lernfahrausweis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nationalität des Fahrzeuglenkers	
Ist der Lenker mit Ihnen verwandt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie	
Steht der Lenker in Ihrem Dienst?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie	
Hat der Lenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung geführt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde ihm das Fahrzeug ausgemietet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Mitfahrer und Zeugen

Gibt es Zeugen oder Mitfahrer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, Name, Adresse, Tel. Zeuge/Mitfahrer	

Verletzung oder Tötung von Personen

Wurden Personen verletzt/getötet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wer (Name, Vorname, Adresse)	

Schäden an fremden Sachen

Wurden fremde Sachen beschädigt?

Ja Nein

Wenn ja, welche
Sache, Beschädigung,
Standort (Adresse),
Name/Adresse des Eigentümers

Verschulden Ihrerseits resp.
des Lenkers Ihres Fahrzeugs?

Ja Nein

Verschulden des Beschädigten
oder einer Drittperson?

Ja Nein

Falls nein, weshalb nicht, wer ist schuld?

Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeuges

Vor Reparaturbeginn unbedingt die Versicherungsgesellschaft oder die Iverba AG zu benachrichtigen!

Was ist beschädigt bzw. gestohlen worden?

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur?
(Name, Tel. Nr.)

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Ab wann?

Bemerkungen

Bitte bestätigen !

Der/die Versicherungsnehmer/in ermächtigt die Versicherungsgesellschaft/Broker, von anderen in den Schadenfall involvierten Versicherten oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen sowie Daten an amtliche oder gerichtliche Stellen und an allfällige weitere am Schadenfall beteiligte Versicherungsgesellschaften zu übermitteln. Der Versicherungsnehmer darf ohne Einwilligung der Versicherungsgesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.