

**Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung (inkl. Wasser- und Luftfahrzeuge)**

Gesellschaft:	Policen-Nr.	Schaden-Nr. (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)	
Versicherungsnehmer Name / Vorname: Adresse: PLZ / Ort: Telefon: E-Mail:	Bank: KtoNr. Bank / PC Clearing	Postkonto: KtoNr.	MWSt-pflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein MWSt-Nr.
Korrespondenzadresse MARC AG Versicherungen Makler & Services	Ö@: Tel. 081 307 88 88 Fax 081 307 88 85 &@: @marc-ag.ch	Davos Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 davos@marc-ag.ch	Öä^} ä Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 ää^} ä@marc-ag.ch

Diese Schadenmeldung gilt für **Haftpflicht** **Teilkasko** **Voll- / Kollisionskasko** **Assistance** **Insassenunfall**

1. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges

Fabrikmarke und Typ	Fahrzeugart (PW, LW etc.)	Stammmummer	1. Inverkehrsetzung	Kontrollschild	Kilometerstand
---------------------	---------------------------	-------------	---------------------	----------------	----------------

2. Lenker/in des obgenannten Fahrzeuges

Name / Vorname	Geburtsdatum	Nationalität	Beruf	Adresse (Strasse Nr. / PLZ Ort)
Kategorie	Gültig seit	War der/die Lenker/in vom Halter zur Fahrt ermächtigt?		
Gültiger schweizerischer Führerausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Steht der/die Lenker/in in Ihrem Dienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gültiger ausländischer Führerausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gültiger Lernfahrausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat der/die Lenker/in das Fahrzeug gemietet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Begleitperson (nur bei Lernfahrausweis)	Kategorie	Gültig seit	Zweck der Fahrt? <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> Arbeitsweg	

3. Schadenereignis

Datum	Uhrzeit	Ort und Strasse	<input type="checkbox"/> Ausserorts <input type="checkbox"/> Innerorts		
Halten Sie sich bzw. den/die Lenker/in Ihres Fahrzeuges für		<input type="checkbox"/> schuldig	<input type="checkbox"/> teilweise schuldig <input type="checkbox"/> nicht schuldig		
Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durch welchen Polizeiposten			
Hergang	Fahrzeuge				Fussgänger
	Eigenes	Gegner	Weitere	Motorrad	
Skizze					
Sind Sie rechtsschutzversichert?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gesellschaft	Ist der Fall angemeldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Zeugen (wenn Fahrzeuginsassen, in welchem Fahrzeug?)

Name	Vorname	Adresse	Telefon
a)			
b)			
c)			

**5. Körperverletzung und Tötung von Personen**

für Haftpflicht- / Unfallversicherung

Name und Vorname der Verletzten	Geb.dat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber
a)				
b)				
c)				
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?	Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals		Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? Gemäss UVG versichert bei: (z.B. SUVA)	Private Unfallversicherung. Bei welcher Gesellschaft oder Krankenkasse?
a)				
b)				
c)				
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?		Verwandtschaftsgrad	
a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

6. Beschädigtes fremdes Fahrzeug (Wenn mehrere beschädigte Fahrzeuge, Beiblatt erstellen)

Für Haftpflichtversicherung

Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug haftpflichtversichert?	Wo ist das Fahrzeug kaskoversichert? (Teil-Vollkasko)	Beschreiben Sie die Beschädigung am fremden Fahrzeug <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> PW <input type="checkbox"/> LKW
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		
Ab wann?	Reparaturkosten ca. CHF	
Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwandtschaftsgrad

7. Sonstige beschädigte Sachen

Für Haftpflichtversicherung

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens	Schadenhöhe ca. CHF		
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)			
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwandtschaftsgrad	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Schaden am eigenen Fahrzeug

Für Teil- oder Voll-/Kollisionskasko

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen	Beschreiben Sie die Beschädigung am eigenen Fahrzeug <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> PW <input type="checkbox"/> LKW		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon) Vor Beginn der Reparatur ist die Versicherungsgesellschaft zu benachrichtigen			
Ab wann?	Reparaturkosten ca. CHF		
Sind sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	%		
Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?		

9. Bemerkungen

--

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er/Sie ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in sämtliche diesen Schadenfall betreffende Akten. (Akten des Administrativ-Verfahrens, wie Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA/AHV/IV usw.)

Ort und Datum

Unterschrift
(bei Weiterleitung via E-Mail Unterschrift nicht notwendig)