



Schadenanzeige Motorfahrzeuge

Schadenerledigung durch Basler Versicherung AG

Versicherungsnehmer/in	Tel.-Nr. P: G: Mobile E-Mail	Versicherungsvertrag Nr.
	Post-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.	

Diese Schadenmeldung gilt für:

Haftpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Voll-/Kollisionskasko <input type="checkbox"/> Service SOS	Insassenunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--	--

1. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges

Fahrzeugart (PW, Lastwagen, usw.)	Fabrikmarke und Typ	Chassis- oder Stammmnummer	1. Inverkehrsetzung	Kontrollschild Nr.	Total gefahrene km
-----------------------------------	---------------------	----------------------------	---------------------	--------------------	--------------------

2. Lenker/in des oben genannten Fahrzeuges

Name	Vorname	Geboren am	Nationalität	Beruf
Adresse			Zivilstand	Telefon Privat Telefon Geschäft
Gültiger schweizerischer Führerschein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Kategorie	Seit (Tag/Monat/Jahr)	War er/sie vom Halter zur Fahrt ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gültiger ausländischer Führerschein <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 Lernfahrausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nur bei Lernfahrausweis: Name der Begleitperson		Kategorie	Gültiger Führerschein seit	

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 schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Polizeirapport ja nein Durch welche Polizeistelle?

Hergang und Skizze, (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)	Fahrzeuge			Motorradfahrer	Radfahrer	Fussgänger
	Eigenes	Gegnerisches	Weitere etc.			
Skizze						

für weitere Angaben separates Blatt benutzen

Sind Sie rechtsschutzversichert? ja nein Bei wem? Ist der Fall gemeldet ja nein

4. Körperverletzung und Tötung von Personen

Für Haftpflicht und/oder Unfallversicherung

Namen und Vornamen der Verletzten	Geburtsdatum	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a)				
b)				
Worin besteht die Verletzung dieser Personen	Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals		Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? gemäss UVG, wo (z.B. SUVA)?	Private Unfallversicherung? (Wo Gesellschaft/Krankenkasse)
a)				
b)				
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt	Verwandtschaftsgrad	Angegurtet	
a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Schadenanzeige Motorfahrzeuge

5. Zeugen

Name, Vorname, Adresse, Telefon (wenn Fahrzeuginsassen, in welchem Fahrzeug?)
a) _____
b) _____

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

Für Haftpflichtversicherung

Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstosses am fremden Fahrzeug
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug haftpflichtversichert?	Wo ist das Fahrzeug kaskoversichert (Teil-/Vollkasko)	
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		Verwandschaftsgrad

7. Beschädigte sonstige 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	Verwandschaftsgrad	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Schaden am eigenen Fahrzeug

Für Teil- oder Vollkaskoversicherung

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen		Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt der Beschädigung am eigenen Fahrzeug.
Wo erfolgt die Reparatur (Firma, Adresse, Telefon)? Vor Beginn der Reparatur ist die Basler Versicherung 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 des/der Versicherungsnehmers/-in

Der Unterzeichnete ermächtigt die Basler Versicherung AG [Basler Leben AG] (nachstehend <<Basler>> genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- Bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die Anordnungen oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial-(AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und Auskunftspersonen sachdienlich Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von Ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherung AG in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/-in

Unterschrift des/der Fahrzeuglenkers/-in