Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft |  |
| Policen-Nummer |  |
| Schaden-Nummer |  |
| Versicherungsnehmer |
| Name, Vorname / Firma |       |
| Ansprechpartner |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | Bankname und Nummer |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Bezeichnung Ihres am Unfall beteiligten Motorfahrzeuges |
| Kontrollschild |       | Fahrzeugart |       |
| Fabrikmarke und Typ |       |
| Stammnummer |       | 1. Inverkehrsetzung |       |
| Lenker Ihres versicherten Fahrzeuges |
| Name, Vorname |       |
| Strasse und Ort |       |
| Geburtsdatum |       | Prüfungsdatum |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Ist der Lenker mit Ihnen verwandt | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Hat der Lenker die Fahrt mit Ihrer Ein-willigung ausgeführt | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wurde das Fahrzeug ausgemietet | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Schadenereignis |
| Schadendatum / Zeit |       |
| Unfallstelle Ort / Strasse |       |
| Unfallhergang (wenn notwendig Skizze beilegen) |
| Genaue Beschreibung des Herganges(kurze Schilderung) |       |
| Polizeirapport | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, von welcher Polizeistelle |       |
| Zweck der Fahrt (beruflich, privat, Arbeitsweg) |       |
| Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Trifft eine andere Person ein Verschulden | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| Mitfahrer und Zeugen |
| Welche Personen fuhren in Ihrem Fahrzeug mit (Name, Vorname, Adresse) |       |
| Sind diese Personen mit Ihnen verwandt | [ ]  Ja | Verwandtschaftsgrad |       | [ ]  Nein |
| Wurden diese gegen Entgeld mitgeführt | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Bei Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeuges |
| Worin besteht die Beschädigung bzw. was wurde gestohlen |       |
| Geschätzte Schadenhöhe |       |
| Reparaturwerkstätte (Adresse/Telefonnummer) |       |
| Ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden |       |
| Bei Beschädigung oder Zerstörung fremder Fahrzeuge und Sachen |
| Name, Vorname des Halters/Eigentümers |       |
| Strasse und Ort |       |
| Geburtsdatum |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Name und Adresse des Lenkers |       |
| Beschädigtes Fahrzeug/Objekt |
| Kontrollschild |       | Fahrzeugart |       |
| Fabrikmarke und Typ |       |
| Stammnummer |       | 1. Inverkehrsetzung |       |
| Versicherungsgesellschaft |       |
| Worin besteht die Beschädigung bzw. was wurde gestohlen |       |
| Geschätzte Schadenhöhe |       |
| Wer wird die Reparatur ausführen(Adresse/Telefonnummer, E-Mail) |       |
| Ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden |       |
| Bei Körperverletzung und Tötung von Personen |
| Name, Vorname der verletzten Person |       |
| Strasse und Ort |       |
| Geburtsdatum |       |
| Worin besteht die Verletzung |       |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals |       |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|       |
| Der Verunfallte ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen, gerichtlichen und sonstigen Akten und entbindet die behandelnden Ärzte vom Arztgeheimnis. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |       | Unterschrift desVersicherungsnehmers |       |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an broker@schreibermaronsprenger.li oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.