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 des Versicherungsnehmers |  |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an [broker@schreibermaronsprenger.li](mailto:broker@schreibermaronsprenger.li) oder per Post.

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