

Schadenanzeige für die Motorfahrzeugversicherung

Police-Nr.

Ihre Referenz

Schaden-Nr.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie können uns das Ereignis auch telefonisch melden. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf unter der Gratis-Telefonnummer 0800 80 80 80. Benutzen Sie diesen unentgeltlichen Service bei allen Fällen; insbesondere auch, wenn Sie Ihr Fahrzeug bei einem Help-Point besichtigen lassen wollen. Wir sind 24 Stunden für Sie da.

Aus dem Ausland erreichen Sie uns unter der Telefonnummer +41 1 628 98 98.

Gehen Sie beim Ausfüllen dieser Schadenanzeige wie folgt vor:

1. Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich).



Schaden an Ihrem Fahrzeug nach einer Kollision



Schaden an *Ihrem* Fahrzeug als Folge eines anderen Ereignisses (z. B. Elementarschaden, Tierschaden)



Schäden an *fremden* Fahrzeugen oder Sachen



Verletzung oder Tötung von Personen



Diebstahl Ihres Fahrzeuges oder Beschädigung anlässlich eines Diebstahls



Diebstahl oder Beschädigung von Reiseeffekten

2. Beantworten Sie alle Fragen mit den entsprechenden Bildsymbolen.

3. Vergessen Sie nicht, Ihre Schadenanzeige zu unterschreiben, bevor Sie diese zusammen mit allfälligen weiteren Unterlagen an Ihre Zurich-Agentur senden.

Wo im Folgenden – aus Gründen der leichteren Lesbarkeit – nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die entsprechenden weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.

Schadenfall?
0800 80 80 80

Einfach anrufen! Wir sind für Sie da.

Aus dem Ausland
+ 41 44 628 98 98

1. Angaben zu Ihrer Person



Name, Firma	Vorname	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon tagsüber	Telefon privat	Mobiltelefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bank	Filiale	Konto-Nr.	Postkonto-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mehrwertsteuer: Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja, nettobesteuert	<input type="checkbox"/> ja, saldobesteuert	<input type="checkbox"/> nein
Rechtsschutz: Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?
Ist der Fall dort angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

2. Angaben zu Ihrem Fahrzeug



Marke und Typ	Fahrgestell- oder Stamm-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontrollschild	1. Inverkehrsetzung	Kilometerstand zum Schadenzeitpunkt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> km

3. Angaben zum Lenker Ihres Fahrzeuges

(Bei Diebstahlschäden geben Sie bitte den letzten Lenker vor dem Ereignis an)

3.1 Falls Sie das Fahrzeug selber gelenkt haben, nur Ziff. 3.2 ausfüllen

Frau Herr

Name	Vorname	Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon tagsüber	Telefon privat	Mobiltelefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Bitte in jedem Fall ausfüllen

Geburtsdatum	Beruf	Nationalität	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gültiger Führerausweis oder gültiger Lernfahrausweis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kategorie	Prüfungsdatum
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zweck der Fahrt? privat beruflich Arbeitsweg

Wurde das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung benutzt? ja nein

Wurde das Fahrzeug ausgemietet? ja nein

4. Allgemeine Angaben zum Schadenereignis



Datum	Zeit (0-24 Uhr)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Land, PLZ, Ort	Strasse, Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wurde ein EUP erstellt? Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, von welcher Polizeidienststelle?	Name des Polizisten	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gibt es Augenzeugen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insasse in Ihrem Fahrzeug?
Name, Adresse		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Name, Adresse		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Beschreibung des Ereignisses (bitte auch ausfüllen, wenn ein Polizeirapport aufgenommen wurde):		
<input type="text"/>		

(Fortsetzung auf separatem Blatt)

5. Bei Kollisionen benötigen wir folgende zusätzliche Angaben:



Bitte Skizze erstellen

Fahrzeuge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorrad- fahrer	Radfahrer Mofafahrer	Fussgänger
Eigenes	andere Beteiligte					
			usw.			

Bitte Zutreffendes ankreuzen
(mehrere Antworten möglich):

Unfallörtlichkeit

- | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausserorts | <input type="checkbox"/> Innerorts | <input type="checkbox"/> Privatstrasse |
| <input type="checkbox"/> Nebenstrasse | <input type="checkbox"/> Hauptstrasse | <input type="checkbox"/> Betriebsgrundstück |
| <input type="checkbox"/> Autobahn/Autostrasse | | |

anderer Ort

Strassen- und Sicht-Verhältnisse:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> nass |
| <input type="checkbox"/> verschneit | <input type="checkbox"/> vereist |
| <input type="checkbox"/> Dämmerung | <input type="checkbox"/> dunkel |
| <input type="checkbox"/> Nebel | |

Welche Geschwindigkeit hatte Ihr Fahrzeug?

km/h

Angaben zum Verschulden

Halten Sie sich bzw. den Lenker Ihres Fahrzeuges für: schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

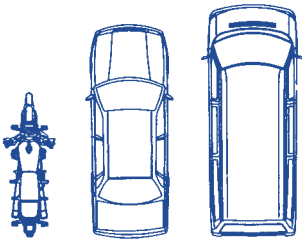
Halten Sie eine andere Person für: schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Begründung

6. Angaben über die Schäden an Ihrem Fahrzeug



Bitte die Aufprallstelle mit → markieren
und die beschädigte Stelle einzeichnen.



Welche Teile Ihres Fahrzeuges sind beschädigt?

Schadenhöhe Fr.

Schätzung gemäss

Wünschen Sie eine Besichtigung in einem Help Point? ja nein

Name und Adresse der Werkstatt

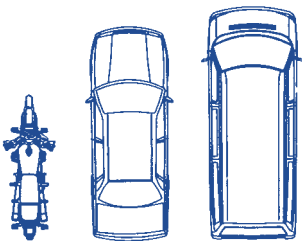
Telefon

Reparaturdatum

7. Angaben über Schäden an fremden Fahrzeugen



Bitte die Aufprallstelle mit → markieren
und die beschädigte Stelle einzeichnen.



Name des Halters

Telefon (tagsüber)

Mobiltelefon

Sind Sie mit dem Halter verwandt? (Ehe, Partnerehe, Grosseltern, Eltern, Kinder etc.)?

E-Mail

ja, Art der Verwandtschaft

nein

Name des Lenkers

Vorname des Lenkers

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Marke und Typ

Kontrollschild

Schadenhöhe Fr.

Schätzung gemäss

Name und Adresse der Werkstatt

Reparaturdatum

Haftpflicht

Kasko

Wo ist dieses Fahrzeug versichert?

Vollkasko

ja nein

Schäden an weiteren fremden Fahrzeugen? ja (Bitte auf separatem Blatt aufführen) nein

8. Angaben über verletzte oder getötete Personen



Erste verletzte oder getötete Person:

- Rad-, Mofafahrer Motorradfahrer Insasse in meinem Fahrzeug Angegurtet? ja nein
 Fussgänger Sozius-Mitfahrer in einem anderen Motorfahrzeug Sitzplatz vorne hinten
- Frau Herr

Name Vorname

Geburtsdatum Zivilstand Beruf

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon tagsüber Telefon privat Mobiltelefon

E-Mail Arbeitgeber

Welche Verletzungen hat diese Person?

Name, Adresse des behandelnden Arztes, Spitals

Bei welcher Versicherung/Krankenkasse ist diese Person gegen Unfall versichert?

Sind Sie mit einem/r Geschädigten verwandt? (Ehe, Partnerehe, Grosseltern, Eltern, Kinder etc.)?

- ja, Art der Verwandtschaft
 nein

Zweite verletzte oder getötete Person:

- Rad-, Mofafahrer Motorradfahrer Insasse in meinem Fahrzeug Angegurtet? ja nein
 Fussgänger Sozius-Mitfahrer in einem anderen Motorfahrzeug Sitzplatz vorne hinten
- Frau Herr

Name Vorname

Geburtsdatum Zivilstand Beruf

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon tagsüber Telefon privat Mobiltelefon

E-Mail Arbeitgeber

Welche Verletzungen hat diese Person?

Name, Adresse des behandelnden Arztes, Spitals

Bei welcher Versicherung/Krankenkasse ist diese Person gegen Unfall versichert?

Weitere verletzte oder getötete Personen ja (Bitte auf separatem Blatt aufführen) nein

9. Angaben über Schäden an sonstigen Sachen (z. B. Verkehrssignale, Tiere, Gartenzäune, Gepäck, Kleider usw.)



Beschädigte Sache

Schadenhöhe Fr.

Schätzung gemäss

Name des Eigentümers

Strasse, Nr.

Telefon

E-Mail

Mobiltelefon

Sind Sie mit dem Eigentümer der beschädigten Sache verwandt (Ehe, Partnerehe, Grosseltern, Eltern, Kinder etc.)?

ja, Art der Verwandtschaft

nein

PLZ, Ort

Telefon tagsüber

10. Bei Diebstahlschäden



Ist Ihr Fahrzeug geleast oder fremdfinanziert? ja nein

Wie war das Fahrzeug gesichert?

abgeschlossen

Garage Domizil

an einem anderen geschlossenen/bewachten Ort

Alarmanlage

andere Garage

anderer unbewachter Ort

Wurden Zubehör oder Ersatzteile gestohlen? ja nein

Wenn ja, welche?

Bei Diebstahl Ihres Fahrzeuges benötigen wir folgende zusätzliche Angaben

Wann haben Sie das Fahrzeug gekauft?

Kaufpreis Fr.

(Kaufvertrag im Original beilegen)

Neu Occasion

Von wem haben Sie das Fahrzeug gekauft?

Wie viele Schlüssel gehören zum Fahrzeug?

(bitte beilegen)

Wo befanden sich diese?

11. Bei Diebstahlschäden



Objekt	beschädigt	gestohlen	Kaufdatum (Kaufbeleg beilegen)	Kaufpreis Fr.	Schadenhöhe Fr.	Eigentümer
--------	------------	-----------	-----------------------------------	---------------	-----------------	------------

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bestehen anderweitige Versicherungen (z. B. Hausrat/Reisegepäck)? ja nein

Wenn ja, welche?

Bei welcher Versicherung?

Police-Nr.

