

Schadenmeldung

Schaden-Nr.:

Vollkasko-Schutz

Sehr geehrte Kundin

Sehr geehrter Kunde

Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei:

- Fahrzeug-Mietvertrag
- Schaden-Abrechnung des Vollkasko- und Diebstahl Versicherers
- Schadenprotokoll / Schadenbericht beides inkl. Fotoprotokoll
- Tatbestandesaufnahme (Polizeirapport, Unfallprotokoll, Strafanzeige)
- Abrechnung des Leistungserbringers (Garage, Reparaturdienst oder sonstige) sofern vorhanden
- Original oder Kopie der Visa Debitkartenabrechnung, woraus hervorgeht, dass mindestens 80% des Mietpreises mit der Karte bezahlt wurden

Wenn Sie eine Frage unvollständig oder nicht beantworten können, erklären Sie bitte warum.

Fragen zum Versicherungsnehmer (anspruchsberechtigte Person)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Kontonummer (LUKB-IBAN):

Besitzen Sie eine Rechtsschutzversicherung?

ja nein

Wenn ja, Gesellschaft:

Wurde der Fall dort gemeldet?

ja nein

Fragen zum Fahrzeug (Angaben im Fahrzeugausweis)

Marke und Typ:

Kontrollschild:

1. Inverkehrsetzung:

Chassis- oder Stammnummer:

Kilometerstand:

Fragen zum Lenker des oben genannten Fahrzeuges zum Schadenzeitpunkt

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Gültiger Führerausweis: ja nein

Datum:

Kategorie:

Fragen zum Schadenereignis

Datum:

Zeit:

Ort/Strasse:

Polizeirapport: ja nein

Polizeistelle:

Halten Sie sich bzw. den Lenker Ihres Fahrzeuges für

schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Schadenhergang – Beschreibung und Skizze (selbst wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)

Fahrzeuge			Motor- rad fahrer	Rad- fahrer	Fuss- gänger
Eigenes	Gegne- risches	Weitere			
					

Zeugen

Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (Namen, Vornamen, Adressen, Telefon, E-Mail):

1.

Andere Unfallzeugen (Namens, Vornamen, Adressen, Telefon, E-Mail):

1

2. _____

Verletzte Personen (bei mehr als 2 Verletzten bitte Zusatzblatt beilegen)

1. Verletzte Person / Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Art der Verletzung:

Beruf des Verletzten:

Arbeitgeber:

Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spital:

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

Sind Sie mit der verletzten Person verwandt?

ja nein

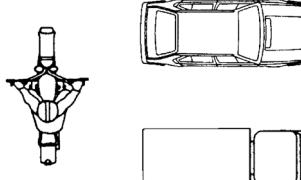
2. Verletzte Person / Name:

Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse/Haus-Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon (tagsüber erreichbar):	E-Mail-Adresse:
Art der Verletzung:	
Beruf des Verletzten:	Arbeitgeber:
Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spital:	
Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?	
Sind Sie mit der verletzten Person verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sachschäden Dritter

Beschädigtes fremdes Fahrzeug (bei mehreren bitte Zusatzblatt beilegen):	
Halter / Name:	Vorname:
Strasse/Haus-Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon (tagsüber erreichbar):	E-Mail-Adresse:
vorsteuerabzugsberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit dem Halter verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kaskoschäden

Art des Schadens:	Bitte die Aufprallstelle durch → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen
	

Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse):

Ab wann? Reparaturkosten in CHF:

Die ERV ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die ERV nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten aller Art, der für Administrativmaßnahmen im Straßenverkehr zuständigen Behörde, Polizei, Feuerwehr, Versicherungsträger, Behörden, der ERV alle erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters