

4. Zeugen

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

5. Körperverletzung und Tötung von Personen

Für Haftpflicht und/oder Unfallversicherung ausfüllen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?		Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?	
a)		_____	_____	
b)		_____	_____	
c)		_____	_____	
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/Sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Verwandtschaftsgrad		Angegurtert
a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6. Beschädigte fremde Fahrzeuge

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

Fahrzeug 1: Halter/in (Name, Adresse, Telefon)	Fahrzeug 2: Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)	Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		
Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.	Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)	Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?
Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad	Reparaturkosten ca.	Reparaturkosten ca.	Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad

7. Beschädigte sonstige Sachen

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

Bezeichnung der Sachen Art des Schadens			
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)			
Schadenhöhe ca.	War der/die Geschädigte Mitfahrer?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert?
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandtschaftsgrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

8. Schaden am eigenen Fahrzeug

Für Teil- oder Vollkaskoversicherung ausfüllen

Art des Schadens und/oder entwendete Sachen			
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		Reparaturkosten ca.	Ab wann?
Vor Reparaturbeginn ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!		Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte Haftpflichtversichert?

9. Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten sowie die Akten der AHV, IV, UVG-Versicherer usw. Die Gesellschaft wird ermächtigt, notwendige Daten an Dritte weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
