

Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung (inkl. Wasser- und Luftfahrzeuge)		Schaden-Nr. <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
		Police-Nr.
Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse Telefon / Fax IC Unicon AG 061 716 90 90 Kägenstr. 17 061 716 90 89 Postfach 4153 Reinach 1	Zuständige Person / E-mail direkt
	Bankverbindung: KtoNr BankPC Clearing PC (VN)	MWSt-pflichtig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein MWSt-Nr.

Diese Schadenmeldung gilt für Haftpflicht Teilkasko Voll- / Kollisionskasko Assistance Insassenunfall

1. Bezeichnung des verwendeten Fahrzeuges

Fabrikmarke und Typ	Fahrzeugart (PW, LW etc.)	Stammnummer	1. Inverkehrsetz.	Kontrollschild	Kilometerstand
---------------------	---------------------------	-------------	-------------------	----------------	----------------

2. Lenker/in des obgenannten Fahrzeuges

Name / Vorname	Geburtsdatum	Nationalit.	Beruf	Adresse (Strasse Nr. / PLZ Ort)
Gültiger schweizerischer Führerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kategorie	Gültig seit	War der/die Lenker/in vom Halter zur Fahrt ermächtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gültiger ausländischer Führerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Steht der/die Lenker/in in Ihrem Dienst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gültiger Lernfahrausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ist der/die Lenker/in mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Begleitperson (nur bei Lernfahrausweis)	Kategorie	Gültig seit	Hat der/die Lenker/in das Fahrzeug gemietet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zweck der Fahrt? <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> beruflich <input type="radio"/> Arbeitsweg				

3. Schadenereignis

Datum	Uhrzeit	Ort und Strasse	<input type="radio"/> Ausserorts <input type="radio"/> Innerorts									
Halten Sie sich bzw. den/die Lenker/in Ihres Fahrzeuges für <input type="radio"/> schuldig <input type="radio"/> teilweise schuldig <input type="radio"/> nicht schuldig												
Polizeirapport <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Durch welche Polizeistelle / zuständige Person												
Hergang und Skizze (auch ausfüllen wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Fahrzeuge</td> <td>Fussgänger</td> </tr> <tr> <td>eigenes 1</td> <td>Gegner 2</td> <td>weitere 3 etc.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motorrad Radfahrer</td> </tr> </table>		Fahrzeuge		Fussgänger	eigenes 1	Gegner 2	weitere 3 etc.			Motorrad Radfahrer
Fahrzeuge		Fussgänger										
eigenes 1	Gegner 2	weitere 3 etc.										
		Motorrad Radfahrer										
		Skizze <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>										
Sind Sie rechtsschutzversichert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Gesellschaft		Ist der Fall angemeldet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein										

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	Angegurtet	
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
