ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 1/3
Motorfahrzeug-Versicherung

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Policen-Nr.	
Telefon		Schaden-Nr.	
Ansprechpartner		PC oder Bankverbindung	
E-Mail		MwSt.-pflichtig	○ Ja ○ Nein

2. SCHADENEREIGNIS

Unfalldatum		Unfallort	
Unfallzeit		Genaue Lokalität	

Unfallhergang (wenn notwendig Skizze beilegen)

Polizeirapport ○ Nein ○ Ja – Dienststelle

3. FAHRZEUGLENKER – EIGENES FAHRZEUG

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Adresse	
PLZ/Ort		Prüfungsdatum/Kategorie	
Telefon		E-Mail	
Eigenes Fahrzeug		Marke/Typ	
Kontrollschild		Stamm-Nr.	

4. BESCHÄDIGUNG DES EIGENEN FAHRZEUGES

Art der Beschädigung / Schadenhöhe	
Besichtigungsort	
Reparaturfirma	

5. BESCHÄDIGTES FREMDES FAHRZEUG

Name Halter/in		Telefon Privat	
Adresse		Telefon Geschäft	
Name Lenker/in		Telefon Privat	
Adresse		Telefon Geschäft	
Marke/Typ/Kontrollschild-Nr.		Wo erfolgt die Reparatur?	
Wo ist es haftpflichtversichert?		Ab wann?	
Vermutliche Schadenhöhe		Telefon Garage	

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 2/3
Motorfahrzeug-Versicherung

6. BESCHÄDIGUNG ODER ZERSTÖRUNG FREMDER SACHEN / TIEREN

Welche Sachen wurden beschädigt (Bei Motorfahrzeugen Marke und Kontrollschild-Nr. angeben)?	Worin besteht die Beschädigung?
a)	
b)	

Name/Vorname/Adresse des Eigentümers	Schadenhöhe
a)	
b)	

Wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?	Bei welcher Gesellschaft versichert?
a)	
b)	

Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt? ○ Nein ○ Ja – Verwandtschaftsgrad

7. VERLETZUNG ODER TÖTUNG VON PERSONEN

Name/Vorname	Adresse	Telefon	Geburtsdatum
a)			
b)			

Zivilstand	Beruf	Arbeitgeber
a)		
b)		

Worin besteht die Verletzung?	Name und Adresse des Arztes
a)	
b)	

Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?	Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse?
a)	
b)	

8. ZEUGEN

Name/Vorname/Adresse/Telefon
Name/Vorname/Adresse/Telefon
Name/Vorname/Adresse/Telefon

9. BEMERKUNGEN

Beiliegende Unterlagen / eventuell separat senden

☐ Fotos ☐ Europ. Unfallprotokoll

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 3/3
Motorfahrzeug-Versicherung

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der/die Unterzeichnende darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an schaden@arisco.ch oder per Post an die Geschäftsstelle Ihres Mandatsleiters. Die Adresse finden Sie auf www.arisco.ch/kontakt. Vielen Dank.

DRUCKEN ZURÜCKSETZEN SENDEN