

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Schadenmeldung Motorfahrzeugversicherung</b><br>(inkl. Wasser- und Luftfahrzeuge) |  | <b>Schaden-Nr.</b><br><small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>        |
| <b>Versicherungsnehmer</b>   |  | <b>Police-Nr.</b>  |
| <b>Korrespondenzadresse</b><br>ARTUS Unicon AG<br>Kägenstrasse 17<br>4153 Reinach    | Telefon / Fax<br>061 716 90 90<br>061 716 90 89        | Zuständige Person / E-mail direkt  |
|  | Bankverbindung: KtoNr<br>BankPC<br>Clearing<br>PC (VN) | MWSt-pflichtig?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein<br>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<br/><b>1</b></td> <td>Gegner<br/><b>2</b></td> <td>weitere<br/><b>3</b> etc.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | Fahrzeuge |  | Fussgänger | eigenes<br><b>1</b> | Gegner<br><b>2</b> | weitere<br><b>3</b> etc. |  |  |  |
| Fahrzeuge  |   | Fussgänger   |  |           |  |            |                     |                    |                          |   |   |   |
| eigenes<br><b>1</b>  | Gegner<br><b>2</b>  | weitere<br><b>3</b> etc.   |  |           |  |            |                     |                    |                          |   |   |   |
|   |  |   |  |           |  |            |                     |                    |                          |   |   |   |
| <b>Skizze</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 200px; 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?<br>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?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad | Reparaturkosten ca.  | Reparaturkosten ca.                                | Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt?<br><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?<br>(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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_