

Helvetic Motion AG
 Wertstrasse 80
 8302 Kloten

Ihre Ansprechpartnerin Valentina Hammer
E-Mail valentina.hammer@helvetia.ch
Telefon Tel. +41 58 280 32 29
Fax Fax +41 58 280 30 01
Geschäftsstelle
Versicherungsart Motorfahrzeug-Versicherung
Police-Nr. MOT-1.975.246
Schaden-Nr.

Schadenanzeige für Motorfahrzeugversicherungen

Haftpflicht **Kasko** **Unfall**

Versicherungsnehmer/in

1	Name/Firma Helvetic Motion AG	Vorname	Zivilstand
2	Beruf oder Betrieb	Telefon G	Telefon P
3	Adresse (Strasse, PLZ, Ort) Wertstrasse 80 8302 Kloten	Natel	Fax E-Mail
4	Bank-/Postverbindung Konto-/IBAN-Nr. Kontoinhaber		
5	Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Mehrwertsteuer-Nummer	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
6	Rechtsschutzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja wenn ja, bei welcher Gesellschaft? <input type="checkbox"/> Nein	Wurde der Fall dort gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Am Unfall beteiligtes eigenes Fahrzeug (gemäss Angaben im Fahrzeugausweis)

7	Marke und Typ	Chassis-Nr.	Kontrollschild-Nr.
8	Anzahl der Insassen beim Unfall (inkl. Lenker/in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fahrzeugausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1. Inverkehrsetzung km-Stand War das Fahrzeug ausgemietet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

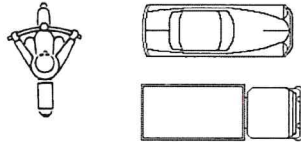
Lenker/in des oben genannten Fahrzeuges

9	Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	War er/sie zur Fahrt ermächtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10	Adresse					Tel. <input type="checkbox"/> Geschäft <input type="checkbox"/> privat
11	Gültiger Führerausweis seit	<input type="checkbox"/> schweizerischer <input type="checkbox"/> ausländischer	Kategorie	Nationalität	Ausländerausweis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
12	Nur bei Lernfahrausweis: Name/Vorname der Begleitperson		Mit gültigem Führerausweis seit	Kategorie		

Schadenhergang

13	Datum	Zeit	<input type="checkbox"/> vormittags Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags	Witterung/Strassenzustand
14	Ort und Strasse			<input type="checkbox"/> innerorts <input type="checkbox"/> ausserorts

30	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)	
31	Ab wann?	Reparaturkosten? zirka CHF



Bitte die Aufprallstelle durch  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.

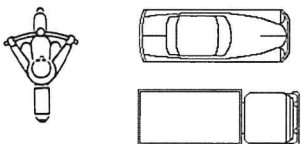
Beschädigte sonstige Sachen

(Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf Beiblatt)

32	Bezeichnung der Sache/Art des Schadens	Schadenhöhe zirka CHF
33	Geschädigte/r / Eigentümer/in (Name, Adresse, Telefon)	
34	War der/die Geschädigte Mitfahrer/in im versicherten Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist er/sie mit dem/der Fahrzeughalter/in verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandtschaftsgrad Wurde die Sache gegen Entgelt befördert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Schaden am eigenen Fahrzeug (nur ausfüllen, wenn es bei Helvetia kaskoversichert ist)

35	Art des Schadens/Bezeichnung der entwendeten Sachen	
36	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)	
37	Ab wann?	Reparaturkosten? zirka CHF
38	Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Adresse, Telefon)	



Bitte die Aufprallstelle durch  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.

Information, Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

Wir weisen darauf hin, dass wir zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche Ihre Daten bearbeiten und die notwendigen und sachlichen Abklärungen auch bei Dritten im In- und Ausland (z.B. Arbeitsstellen, Beteiligte, Versicherer, Experten, Medizinalpersonen, Spitäler) vornehmen werden. Die Gesellschaft wird ermächtigt, die sich aus dem Schadenfall ergebenden Daten zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Mit- und Rückversicherer, Arbeitsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte im In- und Ausland weiterzugeben sowie von all diesen Auskünfte einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles durch die Gesellschaft. Die Datenbearbeitung durch die Gesellschaft erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz. Die versicherte/unterzeichnete Person entbindet Spitäler, Ärzte, Arbeitsstellen, Versicherungsgesellschaften und -institutionen, zentrale Informationssysteme der Versicherungsgesellschaften und sonstige Beteiligte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft und erteilt ihnen die Ermächtigung, der Gesellschaft oder ihrem medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zukommen zu lassen.



Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin
Ort und Datum	Unterschrift des Lenkers/der Lenkerin