

Schadenanzeige Old- & Youngtimer- sowie Liebhaberfahrzeuge Kaskoversicherung

Vermittler(in)

BELMOT[®] Swiss Kompetenzzentrum

Im Langacker 5, Postfach 211
4144 Arlesheim
Tel. 061 706 77 77 / Fax 061 706 77 78 / Email: info@belmot.ch

Police Nr.

Schaden Nr. (intern)

Vor- und Nachname
bzw. Betrieb

Mobile _____

Telefon _____

Strasse, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort

Telefax _____

Email _____

PC- oder Bankkonto

MWST-pflichtig Ja Nein

Bank, Filiale in

Clearing Nr. _____

MWST-Nr. _____

Bezeichnung des verwendeten eigenen Motorfahrzeugs (Bitte anhand des Fahrzeugausweises genau beantworten!)

Fahrzeugart

Kontrollschildnummer

Fabrikmarke, Typ

Total gefahrene km

Chassis- bzw. Stamm Nr.

1. Inverkehrsetzung

Führer des versicherten Fahrzeugs

Vor- und Nachname

Name der Begleitperson

Firma

Seit wann hat Begleitperson den Führerausweis?

Beruf/Betrieb

Ist der Fahrzeugführer mit Ihnen verwandt? Ja Nein

Strasse, Haus Nr.

Wie?

PLZ, Ort

Steht er in Ihrem Dienst? Ja Nein

Geb. Datum

Besitzt Lenker gültigen Führerausweis Ja Nein

Nationalität

Seit wann?

War ihm das Fahrzeug ausgemietet? Ja Nein

Besitzt Lenker Lernfahrausweis? Ja Nein

Seit wann?

Seit wann?

Lenkte der Fahrer das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung?

Ja Nein

Schadenereignis

Datum, Zeit

Amtliche Tatbestandsaufnahme Ja Nein

Ort und Strasse

Durch wen?

ausserorts innerorts trocken Regen
 dunkel

Nebel Schnee Eis

Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für

schuldig teilweise nicht schuldig

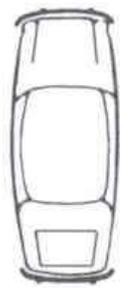
Warum?

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

Fahrzeuge Eigenes 1 andere 2 3 etc. Fussgänger  Fahrradfahrer  Motorradfahrer 

Beschädigungen an Ihrem Fahrzeug:



Geschwindigkeit Ihres Fahrzeuges _____

Geschwindigkeit Kollisionsfahrzeug _____

Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug (ohne Fahrzeugführer)? _____

Mitfahrer Zeuge _____

a) Name, Vorname _____

Tel. P. _____ Mobil _____

Strasse _____

Tel. G. _____ Mobil _____

PLZ, Ort _____

Fax _____ E-Mail _____

Mitfahrer Zeuge _____

b) Name, Vorname _____

Tel. P. _____ Mobil _____

Strasse _____

Tel. G. _____ Mobil _____

PLZ, Ort _____

Fax _____ E-Mail _____

Mitfahrer Zeuge _____

c) Name, Vorname _____

Tel. P. _____ Mobil _____

Strasse _____

Tel. G. _____ Mobil _____

PLZ, Ort _____

Fax _____ E-Mail _____

Andere Beteiligte Fahrzeuge

Namen des Fahrzeugführers _____ Haftpflichtversicherungsgesellschaft _____ Bezeichnung der Fahrzeuge _____

a) _____

b) _____

Name des Halters _____ Kontrollschild-Nr. _____ Strasse _____ PLZ, Ort _____

a) _____

b) _____

Verletzung oder Tötung von Personen in Ihrem Fahrzeug

a) Name, Vorname	Zivilstand	Geb. Datum
Strasse	PLZ, Ort	
Arbeitgeber	Worin besteht die Verletzung?	
Beruf		
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
b) Name, Vorname	Zivilstand	Geb. Datum
Strasse	PLZ, Ort	
Arbeitgeber	Worin besteht die Verletzung?	
Beruf		
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?	Bei welcher anderen Gesellschaft/Krankenkasse?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Beschädigung oder Zerstörung Ihres eigenen Fahrzeuges (Bitte wenn möglich Fotos beilegen)

Vor Beginn der Reparatur ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur?	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	Ab wann?
Kontaktperson und Telefonnummer für die Besichtigung	

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Reparaturen einwilligen. Er ermächtigt die Belmot Swiss Kompetenzzentrum: BRG Insurance Broker AG zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Belmot Swiss Kompetenzzentrum: BRG Insurance Broker AG die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderliche Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift des Fahrzeugführers (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift Versicherungsnehmer
_____	_____	_____