

Schadenanzeige Oldtimer-Kaskoversicherung

Vermittler(in)

BELMOT Swiss

Kompetenzzentrum: ch.old+youngtimerversicherungen

Im Langacker 5, Postfach 211

4144 Arlesheim

Tel. 061 706 77 77 / Fax 061 706 77 78

Email: Info@belmot.ch

Internet: www.belmot.ch

Police Nr. TB

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

☐ Nebel ☐ Schnee ☐ Eis ☐ dunkel

Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeugs für

☐ schuldig ☐ teilweise ☐ nicht schuldig

Warum?

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

Fahrzeuge Eigenes



andere



etc. Fussgänger



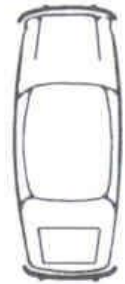
Fahrradfahrer



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?	
☐ Ja ☐ 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