

## Schadenanzeige Oldtimer-Kaskoversicherung

Vermittler(in)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BELMOT<sup>®</sup>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. 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  
 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  b 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="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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

\_\_\_\_\_