

Schadenmeldung

ALPHABET

Unfallmeldung an: Tel. +41 800 81 84 18, Fax +41 449 08 64 01 / **Schadenmeldung senden an:** Schadenzentrum AG, Alphabet Fuhrparkmanagement (Schweiz) AG, Industriestrasse 12, 8305 Dietlikon, alphabet@schadenzentrum.ch

Ja Nein

Datum des Ereignisses

Polizei

Uhrzeit

Dienststelle

Unfallstelle (Ort, Strasse)

Unfallverursacher

Leasingnehmer (Versicherungsnehmer)

Name

Strasse

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

Fahrer

Name

Strasse

PLZ/Ort

Geb.-Datum

Führerschein-Nr.

Klasse

Ausstelldatum der Kat. B

Versicherungsunternehmen

Name

Geschäftsstelle

Policen-Nr.

Fahrzeugdaten

Kontrollschild

Fahrzeugart

Marke/Modell

Chassis-Nr.

Km-Stand

Wo kann das Fahrzeug tagsüber
besichtigt werden?

Werkstatt

Adresse

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

Unfallgegner (Versicherungsnehmer)

Name

Strasse

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

Fahrer

Name

Strasse

PLZ/Ort

Geb.-Datum

Führerschein-Nr.

Klasse

Ausstelldatum der Kat. B

Versicherungsunternehmen

Name

Geschäftsstelle

Policen-Nr.

Fahrzeugdaten

Kontrollschild

Fahrzeugart

Marke/Modell

Chassis-Nr.

Km-Stand

Wo kann das Fahrzeug tagsüber
besichtigt werden?

Werkstatt

Adresse

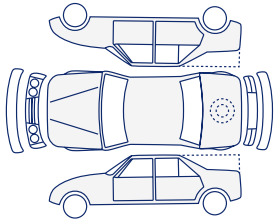
PLZ/Ort

Tel.-Nr.

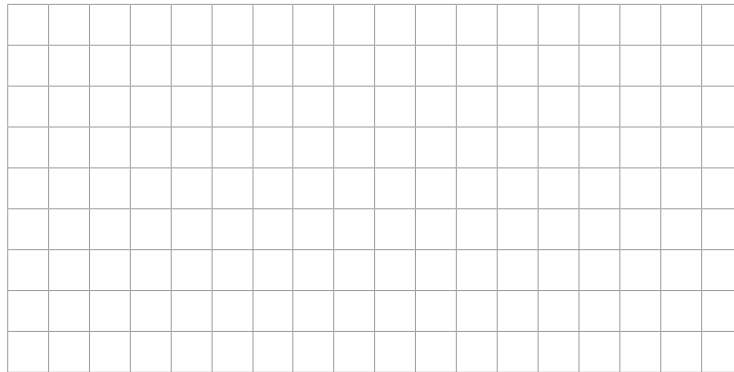
Unfallhergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

ALPHABET

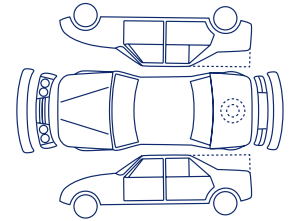
Markieren Sie die Aufprallstelle am Fahrzeug



Unfallskizze



Markieren Sie die Aufprallstelle am Fahrzeug



Kurze Beschreibung des Unfallhergangs

Mitfahrer und Zeugen

Name _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Tel.-Nr. _____

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

Name _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Beruf _____ Zivilstand _____
Geb.-Datum _____
Arbeitgeber _____

Mitfahrer und Zeugen

Name _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Tel.-Nr. _____

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

Name _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Beruf _____ Zivilstand _____
Geb.-Datum _____
Arbeitgeber _____

Bitte beachten Sie, dass Reparaturaufträge ausschliesslich durch die Versicherung oder Alphabet erteilt werden dürfen. Das vollständig ausgefüllte Formular muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Schadentag bei der Alphabet Fuhrparkmanagement (Schweiz) AG eingegangen sein.

Der Unterzeichnende ermächtigt die Gesellschaft von anderen Versicherern oder Dritten, den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen.

Ausserdem ermächtigt der Unterzeichnende die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischem Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln kann.

Ort und Datum

Unterschrift Fahrer

Ort und Datum

Unterschrift Fahrer