

Schadenmeldung



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

Angaben zum Ereignis

Datum / Uhrzeit: _____

Unfallstelle (Ort, Strasse): _____

Polizei: ja nein

Dienststelle: _____

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: _____

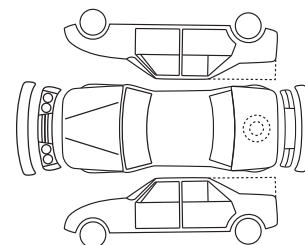
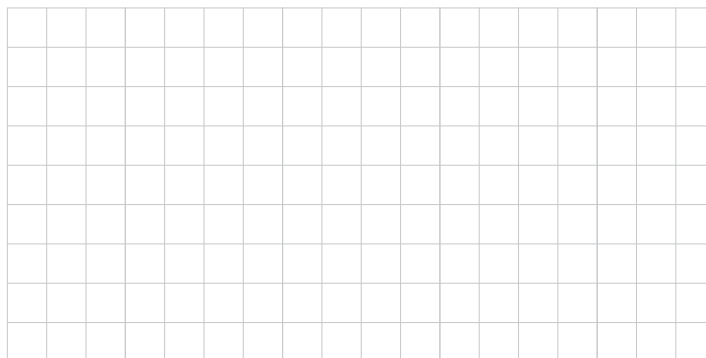
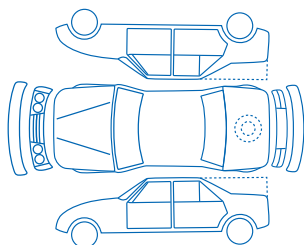
Tel.-Nr.: _____

Unfallhergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Markieren Sie die Aufprallstelle am Fahrzeug:

Unfallskizze

Markieren Sie die Aufprallstelle am Fahrzeug:



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: _____

Prokura

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von andern 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/die Unterzeichnete die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/Die Unterzeichnete 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 können.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Fahrer: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Fahrer: _____

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.