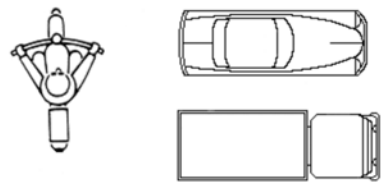


Verletzte/r (bei weiteren Verletzten bitte Beiblatt benützen)

16	Name, Vorname / Adresse / Telefon	Geburtsdatum
17	Beruf und Arbeitgeber/in	
18	War der/die Verletzte <input type="checkbox"/> Mitfahrer/in in einem anderen Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Radfahrer/in? <input type="checkbox"/> Mitfahrer/in im versicherten Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Fussgänger/in?	Trug er/sie Sicherheitsgurten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist er/sie UVG-versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19	Besteht eine sonstige Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name der Kasse oder Gesellschaft	Heilungskosten-versichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20	Art der Verletzungen	Arbeits-unfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21	Arzt/Spital (Name, Adresse, Telefon)	

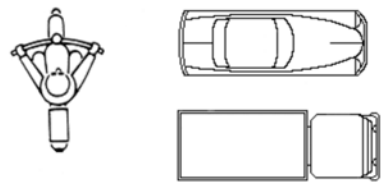
Beschädigtes fremdes Motorfahrzeug (bei mehreren, bitte Beiblatt benützen)

22	Halter/in (Name, Adresse, Telefon)	
23	Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)	
24	Marke und Typ/Kontrollschild-Nr.	Wo ist es haftpflichtversichert?
25	Wo ist es kaskoversichert? <input type="checkbox"/> Teilkasko? <input type="checkbox"/> Vollkasko? Selbstbehalt CHF	Bitte die Aufprallstelle durch \rightarrow markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.
26	Sichtbare Beschädigungen	
27	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)	
28	Ab wann?	Reparaturkosten? zirka CHF

Beschädigte sonstige Sachen (Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf Beiblatt)

29	Bezeichnung der Sache/Art des Schadens	Schadenhöhe zirka CHF
30	Geschädigte/r / Eigentümer/in (Name, Adresse, Telefon)	
31	War der/die Geschädigte Mitfahrer/in im versicherten Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist er/sie mit dem/der Fahrzeughalter/in verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verwandtschaftsgrad Wurde die Sache gegen Entgelt befördert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schaden am eigenen Fahrzeug (Nur ausfüllen, wenn Fahrzeug Kasko versichert)

32	Art des Schadens/Bezeichnung der entwendeten Sachen	Bitte die Aufprallstelle durch \rightarrow markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen.
33	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)	
34	Ab wann?	
35	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
36	Wer hat den Schaden verursacht? (Name, Adresse, Telefon)	

Information, Erklärung und Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin bzw. des Lenkers/der Lenkerin

37 Wir weisen darauf hin, dass der Versicherer Ihre Daten die zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche bearbeiten und die notwendigen und sachlichen Abklärungen auch bei Dritten im In- und Ausland (z. B. Amtsstellen, Beteiligte, Versicherer, Experten) vornehmen wird. Die unterzeichnete Person ermächtigt den Versicherer, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt. Der Versicherer wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Die unterzeichnete Person ermächtigt den Versicherer im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Ermächtigung der unterzeichneten Person erfolgt unabhängig von einer Leistungserbringung seitens des Versicherers. Die Datenbearbeitung durch den Versicherer erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers/der Lenkerin