





VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG - Rieden 1 - 6390 Stans - 0041 41 619 10 60 - info@insurancezentrum.ch

**4. Zeugen**

Name, Vorname, Adresse, Telefon (wenn Fahrzeuginsassen, in welchem Fahrzeug?)	
a)	_____
b)	_____
c)	_____

**5. Körperverletzung und Tötung von Personen**

Für Haftpflicht und/oder Unfallversicherung ausfüllen

Name / Vorname	Geburtsdat.	Adresse	Beruf	Arbeitgeber/in
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____
Worin besteht die Verletzung dieser Personen?		Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert? Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse?	
a)		_____	_____	
b)		_____	_____	
c)		_____	_____	
War der/die Geschädigte Mitfahrer/in?	Ist er/Sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Verwandtschaftsgrad		Angegurtert
a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____		c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**6. Beschädigte fremde Fahrzeuge**

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

<b>Fahrzeug 1:</b> Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		<b>Fahrzeug 2:</b> Halter/in (Name, Adresse, Telefon)	
Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)		Lenker/in (Name, Adresse, Telefon)	
Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.		Fahrzeugmarke und Typ, Kontrollschild Nr.	
Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)		Wo ist das Fahrzeug versichert? (Haft-/Teil-/Vollkasko, Policen-Nr.)	
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?	Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse Telefon)	Ab wann?
Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad	Reparaturkosten ca.	Reparaturkosten ca.	Ist der/die Geschädigte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandt.-grad

**7. Beschädigte sonstige Sachen**

Für Haftpflichtversicherung ausfüllen

Bezeichnung der Sachen Art des Schadens			
Geschädigte/r (Name, Adresse, Telefon)			
Schadenhöhe ca.	War der/die Geschädigte Mitfahrer?	Ist er/sie mit dem Fahrzeughalter verwandt?	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert?
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verwandtschaftsgrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**8. Schaden am eigenen Fahrzeug**

Für Teil- oder Vollkaskoversicherung ausfüllen

Art des Schadens und/oder entwendete Sachen		
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)	Reparaturkosten ca.	Ab wann?
<b>Vor Reparaturbeginn ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!</b>	Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der/die an der Kollision Mitbeteiligte Haftpflichtversichert?

**9. Bemerkungen**

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten sowie die Akten der AHV, IV, UVG-Versicherer usw. Die Gesellschaft wird ermächtigt, notwendige Daten an Dritte weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_