

Name und Adresse

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Wir bitten Sie, uns dieses Formular vollständig ausgefüllt wieder zuzustellen. Besten Dank.

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine Rechtsschutzversicherung?  nein  ja Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Wurde der Fall dort angemeldet?  nein  ja

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  nein  ja MwSt.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bezeichnung  
Ihres Fahrzeuges**  
(Angaben im  
Fahrzeugausweis)

Marke und Typ \_\_\_\_\_ Kontrollschilder \_\_\_\_\_ 1. Inverkehrsetzung \_\_\_\_\_ Chassis- oder  
Stammnummer \_\_\_\_\_ Kilometer-  
stand \_\_\_\_\_

**Lenker des  
oben genannten  
Fahrzeuges zum  
Schadenszeitpunkt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: P/G \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gültiger Führerausweis  nein  ja Datum: \_\_\_\_\_ Kategorie: \_\_\_\_\_

**Angaben  
zum Schaden-  
ereignis**





Datum \_\_\_\_\_ Zeit (0-24) \_\_\_\_\_ Ort und Strasse \_\_\_\_\_

Polizeirapport  nein  ja, durch welche Polizeistelle? \_\_\_\_\_

Halten Sie sich bzw. den Lenker Ihres Fahrzeuges für  schuldig  teilweise schuldig  nicht schuldig

Schadenhergang  
(Beschreibung und Skizze, selbst wenn ein Polizeirapport erstellt wurde)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fahrzeuge			Motor- rad- fahrer	Rad- fahrer	Fuss- gänger
Eigenes	Gegne- risches	Weitere			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Zeugen** **Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug** (Namen, Vornamen, Adressen)  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_


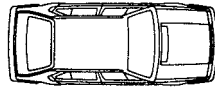

**Andere Unfallzeugen** (Namen, Vornamen, Adressen)  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**Verletzte Personen** Namen, Vornamen, Adressen (bei mehr als 2 Verletzten bitte Zusatzblatt beilegen) Alter  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Art der Verletzung	Beruf des Verletzten	Arbeitgeber
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Name, Adresse des behandelnden Arztes/Spitals	Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?
1. _____	_____
2. _____	_____

**Sachschäden Dritter** **Beschädigtes fremdes Fahrzeug** (bei mehreren bitte Zusatzblatt beilegen)  
Halter (Name, Vorname, Adresse) vorsteuerabzugsberechtigt  ja  nein

Marke und Typ	Kontrollschilder	Bitte die Aufprallstelle durch $\rightarrow$ markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen   
Wo ist es haftpflichtversichert?	Wo ist es <input type="checkbox"/> teil-/ <input type="checkbox"/> vollkaskoversichert?	
_____	_____	
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	_____	
Ab wann?	Reparaturkosten ca. CHF	
_____	_____	

**Beschädigte fremde Sache** (wie Fahrrad, Zaun, Grundstück, Tiere usw.)

Gegenstand	Art der Beschädigung	Schadenhöhe CHF
_____	_____	_____


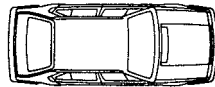
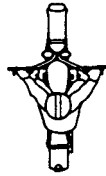
Eigentümer (Name, Vorname, Adresse) vorsteuerabzugsberechtigt  ja  nein

**Kaskoschäden** (nur ausfüllen, wenn eine Kaskoversicherung bei der Helvetia besteht)

Art des Schadens \_\_\_\_\_

Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse) \_\_\_\_\_

Ab wann? Reparaturkosten ca. CHF  
\_\_\_\_\_

Bitte die Aufprallstelle durch  $\rightarrow$  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen  


**Zahlung an** Name/Vorname/Adresse: \_\_\_\_\_

Postcheckkonto:  
 Name der Bank und Konto: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

**Einwilligung** 1. Ich bevollmächtige die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (im Folgenden Helvetia) im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Daten zu bearbeiten, bei Behörden, Ärzten, Spitälern und weiteren Dritten im In- und Ausland Auskünfte einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen (z.B. bei Privat- und Sozialversicherern wie IV und UVG-Versicherer, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Behörden für Administrativmassnahmen im Strassenverkehr). 2. Die Helvetia darf im Rahmen der Schadenerledigung auch an solche Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte Daten zur Datenbearbeitung übermitteln. 3. Ich einbinde die Behörden, Ärzte, Spitäler und weitere Dritte sowie ihre Hilfspersonen, welche die Helvetia im Zusammenhang mit der Schadenabwicklung um Auskunft ersucht, ausdrücklich vom Amts-, Berufs- und Vertrags-, insbesondere Versicherungsvertragsgeheimnis und ermächtige sie, der Helvetia Auskunft zu erteilen. 4. Ich bevollmächtige die Helvetia im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. 5. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich ohne Bewilligung der Helvetia keinerlei Ansprüche anerkennen darf.

**Unterschrift** Ort und Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift der(s) Kundin(en):** \_\_\_\_\_