



All in One

Versicherungstreuhand AG

Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.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

Fahrzeug 1: Halter/in (Name, Adresse, Telefon)		Fahrzeug 2: 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?		Wer hat den Schaden verursacht?	
_____		_____	
Vor Reparaturbeginn ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!		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
