

Haftpflicht **Strafverteidigungskosten**
 Vollkasko **Teilkasko** **Unfall**

Generalagentur _____ Nr. _____
 Sachbearbeiter/in _____
 Police Nr. _____
 Schaden Nr. _____
 Datum _____
 Ihr Brief/Telefon/Besuch vom _____

1. Bezeichnung Ihres Fahrzeuges

Fahrzeugart (PW, Lastwagen usw.)	Fabrikmarke und Typ	Chassis- oder Stammnummer	1. Inverkehrsetzung	Kontrollschild Nr.	Total gefahrene km
----------------------------------	---------------------	---------------------------	---------------------	--------------------	--------------------

2. Lenker Ihres Fahrzeuges

Name	Vorname	Geboren am	Nationalität	Beruf
Adresse			Zivilstand	Telefon Privat Telefon Geschäft
Gültiger schweizerischer Führerausweis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kategorie Seit (Tag/Monat/Jahr)	War er vom Halter zur Fahrt ermächtigt
Gültiger ausländischer Führerausweis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Steht der Lenker in Ihrem Dienst?
Gültiger Lernfahrausweis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Nur bei Lernfahrausweis: Name der Begleitperson		Kategorie	Gültiger Fahrausweis seit	Ist der Lenker mit Ihnen verwandt?
Zweck der Fahrt <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> Arbeitsweg			Hatte der Lenker das Fahrzeug gemietet?	

3. Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ort und Strasse				
<input type="checkbox"/> Ausserorts <input type="checkbox"/> Innerorts <input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> Nebel <input type="checkbox"/> Dunkel						
Geschwindigkeit Ihres Fahrzeuges		Geschwindigkeit des anderen Fahrzeuges				
Halten Sie sich bzw. den Lenker Ihres Fahrzeuges für						
<input type="checkbox"/> schuldig <input type="checkbox"/> teilweise schuldig <input type="checkbox"/> nicht schuldig						
Warum?						
Polizeirapport <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch welche Polizeistelle?						
Hergang und Skizze, bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde	Fahrzeuge		Motorradfahrer	Radfahrer	Fussgänger	
	Eigenes	Gegnerisches	Weitere			
			etc.			
<input type="checkbox"/> Fortsetzung auf separatem Blatt						
Sind Sie rechtsschutzversichert?			Ist der Fall gemeldet?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

4. Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug

Namen, Vornamen, Adressen, Telefon	Angegurtet
1.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

5. Zeugen

Namen, Vornamen, Adressen, Telefon
1.
2.

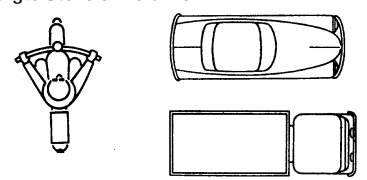
6. Verletzte oder getötete Personen

Wenn mehrere verletzte oder getötete Personen, Beiblatt erstellen

Namen und Vornamen der Verletzten	Zivilstand	Alter	Adresse, Telefon	Beruf	Arbeitgeber
1.					
2.					
Worin bestehen die Verletzungen dieser Personen?			Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals	Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?	
1.				Bei der SUVA?	Bei welcher anderen Gesellschaft oder Krankenkasse?
2.					

7. Beschädigtes fremdes Fahrzeug

Wenn mehrere beschädigte Fahrzeuge, Beiblatt erstellen

Halter (Name, Adresse, Telefon)		Bitte die Aufprallstelle durch ↑ markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen 
Lenker (Name, Adresse, Telefon)		
Marke und Typ, Kontrollschild Nr.		
Wo ist das Fahrzeug haftpflichtversichert?	Wo ist das Fahrzeug kaskoversichert?	
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		
Ab wann?	Reparaturkosten etwa Fr.	

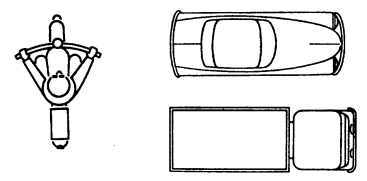
8. Beschädigte sonstige Sachen

Signet, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.

Bezeichnung der Sache, Art des Schadens			Schadenhöhe etwa Fr.
Geschädigter (Name, Adresse, Telefon)			
War der Geschädigte Mitfahrer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist er mit dem Fahrzeughalter verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Verwandtschaftsgrad	Wurde die Sache gegen Entgelt befördert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Schaden am eigenen Fahrzeug

Nur ausfüllen, wenn eine Teil- oder Vollkaskoversicherung bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG besteht

Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen		Bitte die Aufprallstelle durch ↑ markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen 
Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse, Telefon)		
Ab wann?	Reparaturkosten etwa Fr.	
Bank-/Postcheckkonto		
Wer hat den Schaden verursacht?	Wo ist der an der Kollision Mitbeteiligte haftpflichtversichert?	

Bestehen andere Versicherungen gegen die gleichen Gefahren?

nein ja, welche? _____ Gesellschaft _____ Police Nr. _____

10. Mehrwertsteuer

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? nein ja, Nr. _____

Bemerkungen

Die unterzeichneten Personen ermächtigen die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Die Mobiliar) und ihre zuständige Generalagentur, Daten zur Schadenabwicklung zu bearbeiten und im erforderlichen Umfang an Dritte im In- und Ausland weiterzugeben, z.B. an beteiligte und regressierende Versicherer.

Ferner wird die Mobiliar ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte zum Schaden einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit dies zur Schadenabwicklung notwendig ist. Die Mobiliar verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln.

Ort und Datum

Unterschrift der Versicherungsnehmerin/des Versicherungsnehmers