

## Schadenanzeige Motorfahrzeuge

Police-Nr.: / Schaden Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Branchen

Haftpflicht

Kasko

### Versicherungsnehmer/Versicherungsnehmerin

Name/Vorname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Eigenes Fahrzeug

Kontrollschild-Nr.: \_\_\_\_\_

Marke/Type \_\_\_\_\_

Stamm-Nr.: \_\_\_\_\_

### Lenker/Lenkerin des versicherten Fahrzeuges

Name/Vorname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Führerschein-Nr.: \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Schadenereignis

Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ort/Strasse \_\_\_\_\_

Beschreibung des Schadenhergangs / der beschädigten Fahrzeuge und Sachen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer hat das Verschulden und warum?

Insassen  ja  nein

wenn ja, Name/Anschrift \_\_\_\_\_

Zeugen  ja  nein

wenn ja, Name/Anschrift \_\_\_\_\_

Körperverletzte Personen  ja  nein

wenn ja, Name/Anschrift \_\_\_\_\_

Tötung von Personen  ja  nein

wenn ja, Name/Anschrift \_\_\_\_\_

## Behördliche Tatbestandsaufnahme

Wurde ein Polizeirapport erstellt?  nein  ja, Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Rapport-Nr.: \_\_\_\_\_

## Fremdes Fahrzeug

**Fahrzeughalter** Name/Vorname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Strasse/PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Fahrzeuglenker** Name/Vorname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Strasse/PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Marke/Type** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Kontrollschild-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Versicherer/Adresse** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Zahlungsverbindung

Bank/Post \_\_\_\_\_ Empfänger \_\_\_\_\_  
IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT Nr.: \_\_\_\_\_

## Beilagen (zutreffendes bitte anwählen)

Unfallprotokoll  Schadenbilder  Polizeirapport  Kostenvoranschlag  
 Rechnung zur Reparatur

## Sachschaden Bestätigung / Vollmacht

Die unterzeichnende(n) Person(en) bestätigt/bestätigen, dass diese Schadensmeldung vollständig ist und die Wahrheit wiedergibt.

Die unterzeichnende(n) Person(en) ermächtigt/ermächtigen die TSM, Daten aus der Abwicklung dieses Schadenfalles zu bearbeiten und an von diesem Schadenfall betroffene Dritte in der Schweiz und im Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung im Sinne des Datenschutzgesetzes weiterzuleiten.

Die TSM ist berechtigt, bei Amtsstellen oder Dritten alle sachdienlichen Auskünfte einzuholen und amtliche und gerichtliche Akten einzusehen. Diese Genehmigung gilt unabhängig von der Übernahme der Kosten für diesen Schadenfall. Zudem ist die TSM im Falle eines Regresses gegen einen haftpflichtigen Dritten bevollmächtigt, diesem oder seinem Haftpflichtversicherer die zur Geltendmachung des Regressanspruchs notwendigen Daten zu übermitteln. Der/die Unterzeichnende hat das Recht, von der TSM Auskunft über die Bearbeitung der Ihn/Sie betreffenden Daten zu verlangen.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift Lenker/Lenkerin

*Unterschrift des **Versicherungsnehmers** und des **Lenkers** sind obligatorisch, wenn es sich um zwei verschiedene natürliche/juristische Personen handelt.*

## Körperverletzung / Sachschaden - Bestätigung und Vollmacht

Die unterzeichnende(n) Person(en) bestätigt/bestätigen, dass diese Schadensmeldung vollständig ist und die Wahrheit wiedergibt.

Die unterzeichnende(n) Person(en) ermächtigt/ermächtigen die TSM, Daten aus der Abwicklung dieses Schadenfalles zu bearbeiten und an von diesem Schadenfall betroffene Dritte in der Schweiz und im Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung im Sinne des Datenschutzgesetzes weiterzuleiten.

Die TSM ist berechtigt, bei amtlichen Stellen oder Dritten alle sachdienlichen Auskünfte einzuholen und amtliche und gerichtliche Akten einzusehen. Diese Genehmigung gilt unabhängig von der Übernahme der Kosten für diesen Schadenfall. Zudem ist die TSM im Falle eines Rückgriffs auf einen haftpflichtigen Dritten befugt, diesem oder seinem Haftpflichtversicherer die zur Geltendmachung des Regressanspruchs notwendigen Daten zu übermitteln. Die unterzeichnende(n) Person(en) erlaubt (erlauben) der behandelnden medizinischen Fachperson und Ihren Hilfspersonen, der TSM oder ihrem medizinischen Dienst alle notwendigen Auskünfte im Zusammenhang mit dem Schadenereignis und der Schadenerledigung zu erteilen. Zu diesem Zweck entbindet Sie/er diese Personen ausdrücklich von ihrer/seiner Pflicht zur beruflichen Schweigepflicht.

Zudem ist die TSM im Falle eines Rückgriffs auf einen haftpflichtigen Dritten befugt, diesem oder seinem Haftpflichtversicherer die zur Geltendmachung des Regressanspruchs notwendigen Daten zu übermitteln. Der/die Unterzeichnende hat das Recht, von der TSM Auskunft über die Bearbeitung der Ihn/Sie betreffenden Daten zu verlangen.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/  
Versicherungsnehmerin

Unterschrift Lenker/Lenkerin

*Unterschrift des **Versicherungsnehmers** und des **Lenkers** sind obligatorisch, wenn es sich um zwei verschiedene natürliche/juristische Personen handelt.*