



Schadenmeldung – Autoversicherung

Versicherungsdaten

Betroffene Deckung Haftpflicht Teilkasko 24h-Assistance
 Kollisionskasko Unfall Grobfahrlässigkeitsschutz

Vertragsnummer

Personendaten der schadenmeldenden Person

Wer meldet den Schaden? Versicherungsnehmer Geschädigte Partei
 Andere

Name
Vorname
Funktion
Telefon

Personendaten Versicherungsnehmer

Anrede Frau Herr Firma

Name
Vorname
Firma
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Telefon Mobil
Telefon Privat
Telefon Geschäft
Email

Schadendaten

Datum
Zeit

Ort / Land
Strasse / Nr.

Schadenhergang

Polizeirapport Ja Nein
Wenn ja, erstellt durch

Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden?
 voll schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

War der Lenker zur Fahrt ermächtigt? Ja Nein
Hatte der Lenker zum Schadenzeitpunkt einen gültigen Fahrausweis? Ja Nein



Lenkerdaten

Wer hat das Fahrzeug gelenkt?

- Versicherungsnehmer
 Andere, bitte Angaben ausfüllen:

Anrede Frau Herr

Name
Vorname
Firma
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Telefon Mobil
Telefon Privat
Telefon Geschäft
Email
Geburtsdatum

Geschädigtendaten

Anrede Frau Herr Firma

Name
Vorname
Firma
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Telefon Mobil
Telefon Privat
Telefon Geschäft
Email

Eigenes Fahrzeug

Marke
Typ
Kontrollschild

Was ist beschädigt?

Geschätzte Schadenhöhe

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Name Garage
Strasse, Nr.
PLZ, Ortschaft
Telefon

Fremdfahrzeug

Marke
Typ
Kontrollschild

Was ist beschädigt?

Geschätzte Schadenhöhe

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Name Garage
Strasse, Nr.
PLZ, Ortschaft
Telefon

Sonstige beschädigte Sachen

Was wurde beschädigt?

Wie hoch wird der Schaden geschätzt?

Falls ein Kostenvoranschlag und / oder Fotos der Beschädigungen vorhanden sind, können Sie uns diese Unterlagen gerne per E-Mail zustellen.



Angaben zu Personenverletzungen

Wurde jemand verletzt? Ja Nein

Wer wurde verletzt? Versicherungsnehmer Andere

Anrede Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Beruf

Arbeitgeber

Arzt / Spital

Telefon / Mobil

Email

Art der Verletzung

Zusätzliche Angaben

Weitere Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende ermächtigt DEXTRA Versicherungen AG die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt.

DEXTRA Versicherungen AG wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Der/die Unterzeichnende ermächtigt DEXTRA Versicherungen AG im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Ermächtigung des/der Unterzeichnenden erfolgt unabhängig von einer Leistungserbringung seitens der Versicherungsgesellschaft. DEXTRA Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Ort und Datum

Unterschrift

Halter

Lenker (falls nicht Halter)

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Schadenformular an:

Dextra Versicherungen AG

Schaden

Hohlstrasse 556

CH-8048 Zürich

oder claims@dextra.ch