



Name und Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
Wir bitten Sie, uns dieses Formular vollständig ausgefüllt wieder zuzustellen. Besten Dank.

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

Besitzen Sie eine Rechtsschutzversicherung?  nein  ja Gesellschaft: \_\_\_\_\_  
Wurde der Fall dort angemeldet?  nein  ja  
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  nein  ja

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

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

**Lenker des  
obengenannten  
Fahrzeuges zum  
Schadenzeitpunkt**

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 			

## 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 / Spital

### 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  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen

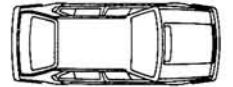
### Wo ist es haftpflichtversichert?

### Wo ist es teil-/ vollkaskoversichert?

### Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

### Ab wann?

### Reparaturkosten ca. Fr.



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

### Gegenstand

### Art der Beschädigung

### Schadenhöhe

Fr.


### Eigentümer (Name, Vorname, Adresse)

vorsteuerabzugsberechtigt  ja  nein

## Kaskoschäden

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

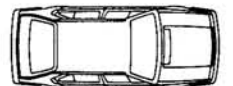
### Art des Schadens

Bitte die Aufprallstelle durch  markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen

### Wo erfolgt die Reparatur? (Firma, Adresse)

### Ab wann?

### Reparaturkosten ca. Fr.



## Zahlung an:

Name / Vorname / Adresse:

- Postcheckkonto:  
 Name der Bank u. Konto:

## Bemerkungen

## Einwilligung

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die Helvetia im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Auskünfte von Dritten (Versicherer, Medizinalpersonen, Behörden, u.a.) einholt und Daten an solche Stellen übermittelt. Personen, welche die Gesellschaft um Auskünfte ersucht, werden von der/dem Unterzeichnenden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden. Ohne Bewilligung der Helvetia Versicherungen dürfen keinerlei Ansprüche anerkannt werden.

Ort und Datum:

Unterschrift der(s) Kundin(en):