

SCHADENMELDUNG

1

Datum des Ereignisses: _____

Uhrzeit: _____

Unfallstelle (Ort, Strasse): _____

Polizei Ja Nein

Rapport-Nr.: _____

Wer hat den Unfall verursacht: _____

Unfallmeldung an:

Tel: **+41 44 908 64 33**

Fax: **+41 44 908 64 25**

Schadenmeldungen senden an:

FleetService AG

Schadenzentrum

Industriestrasse 12

8305 Dietlikon

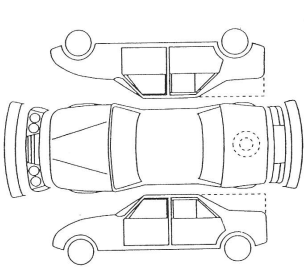
office@Fleetservice.ch

Leasingnehmer (Versicherungsnehmer) Name: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____	Unfallgegner (Versicherungsnehmer) Name: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____
Fahrer Name: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein Nr.: _____ Klasse: _____ Ausstelldatum der Kat. B: _____	Fahrer Name: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein Nr.: _____ Klasse: _____ Ausstelldatum der Kat. B: _____
Versicherungsunternehmen Name: _____ Geschäftsstelle: _____ Police-Nr.: _____	Versicherungsunternehmen Name: _____ Geschäftsstelle: _____ Police-Nr.: _____
Fahrzeugdaten Kontrollschild: _____ Fahrzeugart: _____ Marke/Modell: _____ Chassis-Nr.: _____ km-Stand: _____	Fahrzeugdaten Kontrollschild: _____ Fahrzeugart: _____ Marke/Modell: _____ Stamm-Nr.: _____ km-Stand: _____
Wo kann das Fahrzeug tagsüber besichtigt werden? Werkstatt: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____	Wo kann das Fahrzeug tagsüber besichtigt werden? Werkstatt: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel-Nr.: _____

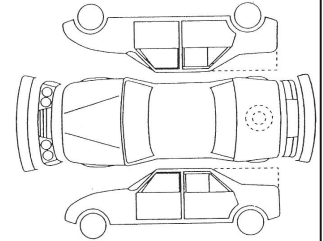
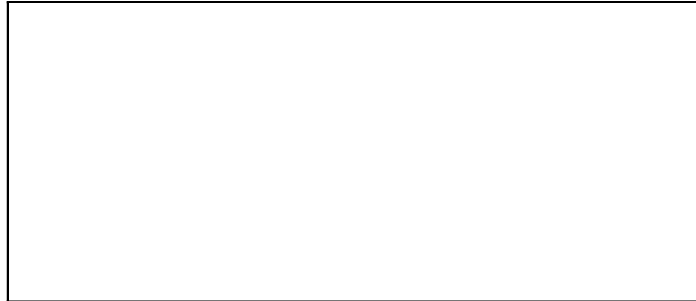


Unfallhergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Unfallskizze



Markieren Sie die Aufprallstelle
 Fahrzeug



Markieren Sie die Aufprallstelle
 am Fahrzeug

Mitfahrer und Zeugen

Mitfahrer Zeuge

Name: _____
 Adresse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel-Nr.: _____

Mitfahrer und Zeugen

Mitfahrer Zeuge

Name: _____
 Adresse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel-Nr.: _____

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

Name: _____
 Adresse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Beruf: _____

Zivilstand: _____
 Geb.-Datum: _____
 Arbeitgeber: _____

Prokura

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von andern Versicherern oder Dritten den Schadenfall betreffende Auskünfte einzuholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten zu nehmen, die auf den Schadenfall Bezug nehmen.

Ausserdem ermächtigt der/die Unterzeichnete die von der Gesellschaft angefragten Ärzte und Drittpersonen, der Gesellschaft oder deren medizinischem Dienst alle im Zusammenhang mit dem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/Die Unterzeichnete ist damit einverstanden, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dem Schadenfall ergeben, an andere Versicherer, namentlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland, übermitteln können.

Ort und Datum _____

Unterschrift Fahrer _____

Ort und Datum _____

Unterschrift Fahrer _____

**Bitte beachten Sie, dass Reparaturaufträge ausschliesslich nur durch die Versicherung oder Fleetservice AG erteilt werden dürfen.
 Das vollständig ausgefüllte Formular muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Schadentag bei Fleetservice AG eingegangen sein.**