

BELMARINE

Wasserfahrzeugversicherung

Schadenanzeige

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname	Geb.- Datum	Zivilstand
Firma	Post- oder Bankkonto	
Beruf/Betrieb	Bank/Filiale in	
	MWST-pflichtig	☐ nein ☐ ja
Strasse	MWST-Nr	
PLZ/Ort	Sind Sie rechtsschutzversichert?	☐ nein ☐ ja
Tel. P.	Wo?	
Mobil		
Fax		
E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	☐ nein ☐ ja

Bezeichnung des verwendeten eigenen Schiffes

Detaillierte Beschreibung

Art des Schiffes	Schalen-Nr.
Name	Stamm-Nr.
Marke	Kennzeichen
Typ	1. Inverkehrssetzung
Hersteller, Werft	
Segel Herstellungsjahr (nur für Kaskoversicherung)	
Beiboot Marke	Schiffstransportmittel Bezeichnung
Baujahr	Baujahr

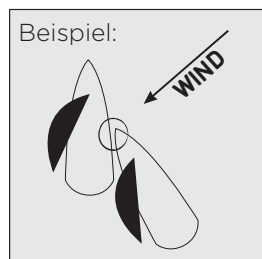
Führer des versicherten Schiffes

Name/Vorname	Nationalität
Firma	Besitzt gültigen Führerausweis
Beruf/Betrieb	☐ nein ☐ ja
	Kategorie
Strasse	Schweizerischen Ausweis
PLZ/Ort	☐ nein ☐ ja
Geb.- Datum	Seit wann?
	Hat der Führer das Schiff mit
	Ihrer Ermächtigung geführt?
	☐ nein ☐ ja

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ort
Geschwindigkeit Ihres Schiffes	km/h Knoten	Land
Geschwindigkeit des Geschädigten	km/h Knoten	Amtliche Tatbestandsaufnahme ☐ nein ☐ ja
Halten Sie sich bzw. den Führer Ihres Schiffes für:		Durch wen?
☐ schuldig ☐ teilweise ☐ nicht schuldig		

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)



Mitfahrer und Zeugen

Anzahl Mitfahrer in Ihrem Schiff (ohne Führer)?	Erfolgte die Mitfahrt gegen Entgelt? ☐ nein ☐ ja
☐ Mitfahrer ☐ Zeuge	
a) Name/Vorname	Tel. P. Mobile
Strasse	Tel. G. Mobile
PLZ/Ort	Fax E-Mail
☐ Mitfahrer ☐ Zeuge	
b) Name/Vorname	Tel. P. Mobile
Strasse	Tel. G. Mobile
PLZ/Ort	Fax E-Mail

Andere beteiligte Schiffe

Name des Führers/Besitzers	Kontrollschild-Nummern	Strasse	PLZ/Ort

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

a) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.- Datum
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
b) Name/Vorname	Zivilstand	Geb.- Datum
Strasse		
PLZ/Ort	Arbeitgeber	
Beruf	Worin besteht die Verletzung?	
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals		
Sind die verletzten Personen gegen Unfall versichert?		☐ nein ☐ ja
Bei welcher andern Gesellschaft/Krankenkasse?		

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen (für Haftpflichtversicherung) Aufstellung der betroffenen Sachen

Gegenstand	Standort
Art der Beschädigung	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Name/Vorname des Eigentümers	Bei welcher Gesellschaft versichert?
Strasse	MWST-pflichtig ☐ nein ☐ ja
PLZ/Ort	MWST-Nr.
Sind Geschädigte mit dem Halter verwandt?	☐ nein ☐ ja Wie?

Bei Beschädigung Ihres eigenen Schiffes (Bitte wenn möglich Fotos beilegen) Vor Beginn der Reparatur ist die Gesellschaft zu benachrichtigen!

Welche Teile sind beschädigt bzw. was ist gestohlen worden?

Wen beauftragen Sie mit der Reparatur?	Vermutliche Schadenhöhe CHF
Wo kann das Schiff besichtigt werden?	Ab wann?

Bei Beschädigung oder Zerstörung von Zubehör oder persönlicher Habe

Gegenstand	Gekauft am?	Kaufpreis	Beschäd. od. Gestohlen?

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die LVG zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die LVG die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Fahrzeugführers
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers