

► **Bitte beachten Sie, dass Reparaturaufträge ausschliesslich nur durch die Versicherung oder movon AG erteilt werden dürfen. Das vollständig ausgefüllte Formular muss innerhalb von 5 Tagen nach Erhalt an movon AG retourniert werden.**

Schadenmeldung an:
movon@tcs.ch
Tel. 0848 567 567

Schadenformular senden an:
Touring Club Schweiz
Schadenmanagement movon AG
Bahnhofstrasse 5
3322 Urtenen-Schönbühl

Schadennummer _____

Unfallstelle (Ort, Strasse) _____

Datum des Ereignisses _____

Polizei Ja Nein Dienststelle _____

Uhrzeit _____

Wer hat den Unfall* verursacht? _____

Leasingnehmer (Versicherungsnehmer)

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Fahrer

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Geb. Datum _____

Führerschein Nr. _____

Ausstelldatum der Kat. B _____

Versicherungsunternehmen

Name _____

Geschäftsstelle _____

Police-Nr. _____

Fahrzeugdaten

Kontrollschild _____

Fahrzeugart _____

Marke/Modell _____

Chassis-Nr. _____

Km-Stand _____

Wo wird das Fahrzeug repariert?

Werkstatt _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Kontakt _____

Unfallgegner (Versicherungsnehmer)

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Fahrer

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Geb. Datum _____

Führerschein Nr. _____

Ausstelldatum der Kat. B _____

Versicherungsunternehmen

Name _____

Geschäftsstelle _____

Police-Nr. _____

Fahrzeugdaten

Kontrollschild _____

Fahrzeugart _____

Marke/Modell _____

Chassis-Nr. _____

Km-Stand _____

Wo wird das Fahrzeug repariert?

Werkstatt _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Kontakt _____

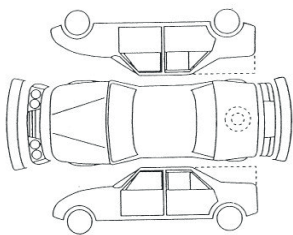
Benötigen Sie während der Reparatur einen Ersatzwagen?

Ja Nein Bitte beachten Sie, dass der Ersatzwagen durch das Schadenmanagement organisiert und abgerechnet wird.

Bemerkungen

Unfall-/Schadenshergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

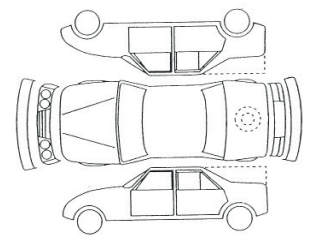
A) Leasingnehmer



Markieren Sie hier die Aufprallstelle am Fahrzeug

Unfallskizze

B) Unfallgegner



Markieren Sie hier die Aufprallstelle am Fahrzeug

Mitfahrer und Zeugen

Mitfahrer Zeuge

Name

Strasse

PLZ/Ort

Tel-Nr.

Mitfahrer und Zeugen

Mitfahrer Zeuge

Name

Strasse

PLZ/Ort

Tel-Nr.

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

Verletzung Tötung

Name

Strasse

PLZ/Ort

Tel-Nr.

Zivilstand

Geb. Datum

Arbeitgeber

Prokura

Der/Die Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft von anderen 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/Datum

Unterschrift Fahrer

Ort/Datum

Unterschrift Fahrer
