**Schadenanzeige für Kantonale Dienstfahrzeuge**

Dienststelle:

1. **Versicherungs-Gesellschaft** Police Nr.

Wird das Formular der Helvetia gemailt?  ja  nein

1. **Versicherungsnehmer**: Finanzverwaltung des Kantons Graubünden, Steinbruchstr. 18, 7001 Chur oder

bei Privatfahrzeug:

Vollkaskoversicherung: ja  nein  Falls ja, Selbstbehalt

Bezeichnung Ihres am Unfall beteiligten Motorfahrzeuges

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Fahrzeugart | Farbrikmarke | Herstellungs-jahr | Platz-zahl | Kontrollschild-Nr. | Fahrgestell- oder Stamm-Nr. |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Wann hat sich das Schadenereignis zugetragen? | Am  um  Uhr |
| 5. Unfallstelle | Ort:  Strasse: |
| 6. a) Genaue Beschreibung des Unfallherganges (auch dann, wenn ein Polizeirapport aufgenommen wurde) |  |
| 7. a) Name, Vorname, Adresse, Zivilstand und Geburtsdatum des Lenkers Ihres Fahrzeuges   1. Besitzt der Lenker einen gültigen schweizerischen Führerausweis? 2. Hat der Lenker die Fahrt mit Ihrer Einwilligung ausgeführt?   d) Wurde das Fahrzeug ausgemietet? | a)  Zivilstand:  Geburtsdatum:  b)  Kategorie  Datum der Prüfung:  c)  Ja  Nein  d)  Ja  Nein |
| 8. Zweck der Fahrt (beruflich, privat, Arbeitsweg) |  |
| 9. Mit welcher Geschwindigkeit wurde Ihr Fahrzeug gefahren? |  |
| 10. a) Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden?  b) Trifft eine andere Person ein Verschulden? | a)  b)  wen? |
| 11. a) Welche Personen fuhren in bzw. auf Ihrem Fahrzeug mit?  Namen und Adressen   1. Wie sind diese Personen mit Ihnen verwandt? 2. Wurden Sie gegen Entgelt mitgeführt? | a)      b)  c) |

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Personen, ausser den Insassen Ihres Fahrzeuges, können als Augenzeugen des Vorfalls angegeben werden? Namen und Adressen |  |
| 1. Von welcher Polizeistelle wurde ein Rapport aufgenommen? |  |
| 1. Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung?   Wurde der Fall angemeldet? | Welche?  Ja  Nein |

Bei Körperverletzung und Tötung von Personen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15. | Name und Vorname der verletzten Person | Zivil-  stand | Alter | Adresse | | | Beruf | | Arbeitgeber |
| *a)* |  |  |  |  | | |  | |  |
| *b)* |  |  |  |  | | |  | |  |
| 16. |  | | | |  | Ist die verletzte Person gegen Unfall versichert? | | | |
|  | Worin besteht die Verletzung dieser Person? | | | | Adresse des behandelnden Arztes bzw. des Spitals | bei der SUVA? | | bei welcher andern Gesellschaft oder Krankenkasse? | |
| *a)* |  | | | |  |  | |  | |
| *b)* |  | | | |  |  | |  | |

Beschädigtes fremdes Fahrzeug (bei mehreren, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17. a) Halter (Name, Adresse, Telefon)   1. Lenker (Name, Adresse, Telefon) 2. Marke und Typ, Kontrollschild-Nr. 3. Wo ist es haftpflichtversichert? 4. Wo ist es kaskoversichert? 5. Art des Schadens 6. Wo erfolgt die Reparatur?   (Firma, Adresse, Telefon)   1. Ab wann? 2. Reparaturkosten? ca. Fr. | |  |
| Beschädigte sonstige Sachen (Signal, Fahrrad, Tier, Gartenzaun, Land, Gepäck, Kleidung usw.; weitere Angaben auf zus. Blatt) | | |
| 18. a) Bezeichnung der Sache, Art des Schadens  Schadenhöhe ca. Fr.   1. Geschädigter, Eigentümer   (Name und Adresse, Telefon)  c) War der Geschädigte Mitfah*rer?*  *ja*  *nein d) Ist er mit dem Fahrzeughalter verwandt?*  *ja*  *nein*  *e) Verwandtschaftsgrad*  f) Wurde die Sache gegen Entgelt befördert?  ja  nein | | |
| Schaden am eigenen Fahrzeug | | |
| 19. a) Art des Schadens, Bezeichnung der entwendeten Sachen |  | |
| b) Wo erfolgt die Reparatur (Firma, Adresse, Telefon) |  | |
| c) Ab wann? |  | |
| d) Reparaturkosten ca. Fr. |  | |
| e) Wer hat den Schaden verursacht? |  | |
| f) Wo ist der an der Kollision Mitbe-teiligte haftpflichtversichert? |  | |
| Die Versicherung wird ermächtigt, in sämtliche diesen Schadenfall betreffenden Akten (u.a. Strafakten, medizinische Akten, Akten der SUVA) Einsicht zu nehmen.  Ort und Datum Der Lenker Der Versicherungsnehmer | | |