**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 Fahrzeuges1. 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 [ ]  Neind) [ ]  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 Adressen1. 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   |