

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

Schadenmeldung an:
amagleasing@tcs.ch
Tel. 0848 567 567
Fax 058 827 50 10

Schadenformular senden an:
Touring Club Schweiz
Schadenmanagement AMAG Leasing
Bahnhofstrasse 5
3322 Urtenen-Schönbühl

Schadennummer

Datum des Ereignisses

Uhrzeit

Unfallstelle (Ort, Strasse)

Polizei Ja Nein **Dienststelle**

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

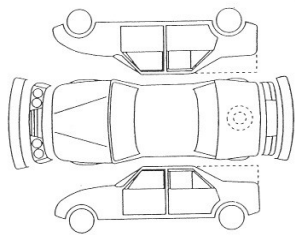
Benötigen Sie während der Reparatur einen Ersatzwagen?

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

Bemerkungen

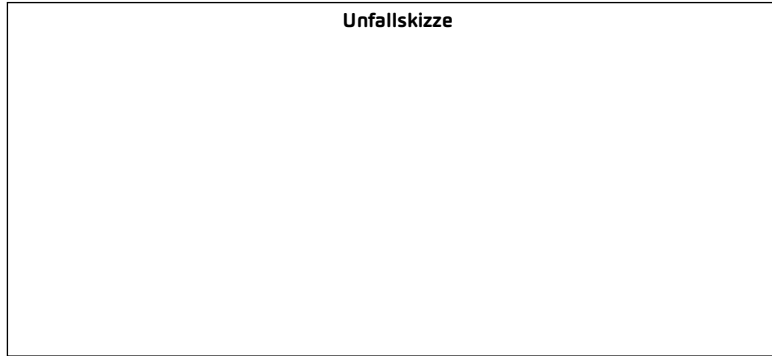
Unfall- / Schadenshergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

A) Leasingnehmer

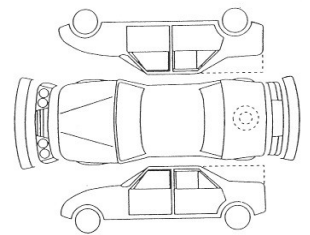


Markieren Sie hier die Aufprallstelle am Fahrzeug

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 und Datum

Unterschrift Fahrer

Ort und Datum

Unterschrift Fahrer
