

# Schadenanzeige Wasserfahrzeugversicherung

## Persönliche Angaben

Bitte senden an:

**Allianz Suisse**  
**Abt. Wasserfahrzeuge**  
**Laupenstrasse 27**  
**3001 Bern**

Fax 058 358 53 54  
E-Mail [spkf.mail@allianz-suisse.ch](mailto:spkf.mail@allianz-suisse.ch)

Policen Nr.: \_\_\_\_\_

Nummer des Kontrollschildes: \_\_\_\_\_

Zahlungsverbindung: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Versicherungsnehmers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon / Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Art / Typ des versicherten Wasserfahrzeuges:

\_\_\_\_\_

Konto: \_\_\_\_\_

## Allgemeines

**Der Versicherungsnehmer oder andere versicherte Personen müssen der Gesellschaft jeden Schadenfall, welcher zu einer Entschädigung führt oder führen könnte, unverzüglich melden.**

Schadendatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wetterbedingungen: \_\_\_\_\_ Windstärke: \_\_\_\_\_ Seegang: \_\_\_\_\_

Sichtverhältnisse: \_\_\_\_\_ Fahrgeschwindigkeit des Schiffes: \_\_\_\_\_

Wo befand sich das versicherte Wasserfahrzeug zum Zeitpunkt des Schadenereignisses?

- in Fahrt
- an der Boje festgemacht
- im Winterlager in der Halle
- im Hafen festgemacht
- im Wasser treibend
- im Winterlager auf einem eingezäunten Areal
- vor Anker liegend
- im Winterlager auf einem öffentlichen Areal
- während dem Landtransport

Kurze Schilderung des Schadenhergangs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Schadenskizze:

---

## Kasko

---

**Diebstahl-, Vandalen-, Feuer- und Explosionsschäden sind unverzüglich der Polizei zu melden.**

Ort: \_\_\_\_\_

Melddatum: \_\_\_\_\_

Polizeiposten: \_\_\_\_\_

Zuständiger Polizeibeamter: \_\_\_\_\_

---

Wo befindet sich das beschädigte Wasserfahrzeug? \_\_\_\_\_

Wer führt die Reparatur durch? \_\_\_\_\_

Wie hoch werden die Reparaturkosten Ihrer Meinung nach sein? \_\_\_\_\_

Ca. CHF: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit einem anderen Wasserfahrzeug oder mehreren Wasserfahrzeugen kollidiert? \_\_\_\_\_

Wer ist der Eigner des anderen Wasserfahrzeuges? \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft ist das andere Wasserfahrzeug gegen Haftpflicht versichert? \_\_\_\_\_

Wer hat nach Ihrer Ansicht die Kollision verschuldet? \_\_\_\_\_

---

## Haftpflicht

---

Name des Geschädigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Ist der Geschädigte mit Ihnen verwandt?  Ja  Nein

wie: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

Adresse des behandelnden Arztes / Spital: \_\_\_\_\_

Beschädigte Sachen: \_\_\_\_\_

Reparaturkosten: \_\_\_\_\_

Wo kann das beschädigte Wasserfahrzeug besichtigt werden? \_\_\_\_\_

Bestehen noch anderweitige Versicherungen für die Verletzten und/oder beschädigten Sachen? \_\_\_\_\_

---

## Unfall

---

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Telefon: P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit:  Ja \_\_\_\_\_%  Nein

Arbeitsunfähigkeit:  Ja \_\_\_\_\_%  Nein

Name und Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

---

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

---

Alle Angaben zum Schadenfall und sämtliche Tatsachen, die der Feststellung der Schadenumstände beeinflussen, sind vollständig, inhaltlich korrekt und freiwillig mitzuteilen. Es darf nichts Bedeutsames verschwiegen werden. Werden die gebotenen Melde- oder Verhaltenspflichten schuldhaft verletzt, kann die Gesellschaft ihre Leistungen kürzen oder verweigern.

---