



ZÜRICH

Schadenanzeige für Flottenfahrzeuge

Das Formular ist durch die Fahrzeuglenkerin bzw. den Fahrzeuglenker oder nach deren Angaben durch die zuständige Amtsstelle auszufüllen und unterzeichnet an das Generalsekretariat der Finanzdirektion, Walcheplatz 1, 8090 Zürich, zu senden.

Vertrags-Nr. **09.986.645**

Referenz-Nr. _____

Wird von der Zürich ausgefüllt

Schaden-Nr. _____
Wird von der Zürich ausgefüllt

G.-Nr. GS/FD _____

Wird von der Finanzdirektion ausgefüllt

1. Allgemeine Angaben zum Schadenereignis

Name, Firma

Kanton Zürich, vertreten durch die Finanzdirektion, Generalsekretariat

Strasse, Nr.

Walcheplatz 1

PLZ, Ort

8090 Zürich

Ansprechpersonen

Stellvertretung

Telefon

Fax

Fahrzeug des Kantons Zürich bzw. des mitversicherten Betriebes (Flottenfahrzeug)

(Bitte Kopie des Fahrzeugausweises beilegen)

Marke

Typ

Stamm-Nr.

Kontrollschild

ZH

1. Inverkehrsetzung

Evtl. amtsinterne Nummer

Lenkerin oder Lenker des Flottenfahrzeuges

Frau Herr

Name

Vorname

Geburstag

Amt/Amtsstelle/Betrieb

Telefon tagsüber

Gültiger Fahrausweis

ja nein

Kategorie

Prüfungsdatum

Zweck der Fahrt

beruflich privat

Wurde das Fahrzeug vermietet?

ja nein

Wurde das Fahrzeug mit Ermächtigung der Firma benutzt?

ja nein

Weitere Angaben

(Bitte auch ausfüllen, wenn ein Polizeirapport aufgenommen wurde)

Datum des Ereignisses

Zeit (0-24 Uhr)

Land, PLZ, Ort

Strasse, Nr.

Wurde ein Europäisches Unfallprotokoll aufgenommen? ja nein Wenn ja, bitte Kopie beilegen

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?

ja nein

Wenn ja, von welcher Dienststelle

Name der Polizistin oder des Polizisten

Gibt es Augenzeugen? ja nein

Insassin/Insasse in Ihrem Fahrzeug?

ja

Name/Vorname, Adresse






Name/Vorname, Adresse

ja

Beschreibung des Herganges mit Skizze

Zwingend ausfüllen

(Text)

Fahrzeuge		Motorrad-fahrer	Radfahrer Mofafahrer	Fussgänger	Tiere
Eigenes 	andere Beteiligte <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 usw.				

(Bitte Hand-Skizze erstellen)

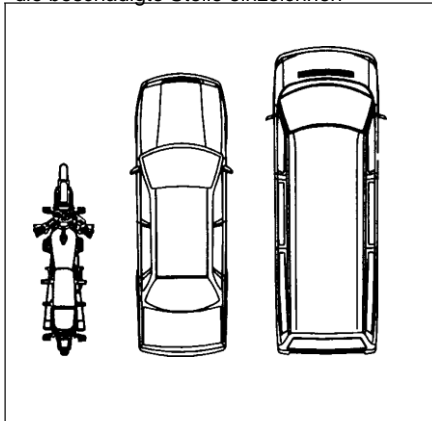
2. Angaben für Haftpflichtschäden

(Bitte kreuzen Sie nur ein Feld pro Gruppe an. Wo mehrere Felder zutreffen, kreuzen Sie die Hauptsache an.)

A: Ereignistyp; Kollision des Flottenfahrzeuges mit:								
<input type="checkbox"/>	(01)	Fussgänger/in	<input type="checkbox"/>	(02)	Fahrrad/Motorrad	<input type="checkbox"/>	(03)	Schienenfahrzeug
<input type="checkbox"/>	(04)	anderem Fahrzeug	<input type="checkbox"/>	(05)	fixem Objekt	<input type="checkbox"/>	(06)	Tieren
<input type="checkbox"/>	(07)	Ereignis ohne Kollision	<input type="checkbox"/>	(99)	Andere			
B: Bewegung des Flottenfahrzeuges								
<input type="checkbox"/>	(01)	Vorwärts	<input type="checkbox"/>	(02)	Rückwärts	<input type="checkbox"/>	(03)	Stillstehend/Geparkt
C: Unfallhergang; Fahrsituation								
<input type="checkbox"/>	(01)	Auf Kreuzung/Kreisel	<input type="checkbox"/>	(02)	Spurwechsel/Überholen	<input type="checkbox"/>	(03)	Abkommen/Verlassen der korrekten Spur
<input type="checkbox"/>	(04)	Abbiegen nach links	<input type="checkbox"/>	(05)	Abbiegen nach rechts	<input type="checkbox"/>	(06)	Parkieren/Manövrieren
<input type="checkbox"/>	(07)	Ein- oder Ausfahren	<input type="checkbox"/>	(08)	Auffahren	<input type="checkbox"/>	(09)	Schaden durch Ladung
<input type="checkbox"/>	(10)	Ein- oder Aussteigen	<input type="checkbox"/>	(99)	Andere			
D: Strassenart								
<input type="checkbox"/>	(01)	Innerorts	<input type="checkbox"/>	(02)	Ausserorts	<input type="checkbox"/>	(03)	Autobahn/Autostrasse
<input type="checkbox"/>	(04)	Betriebsgrundstück	<input type="checkbox"/>	(99)	Andere			
E: Strassenzustand								
<input type="checkbox"/>	(01)	Trocken	<input type="checkbox"/>	(02)	Nass	<input type="checkbox"/>	(03)	Verschneit/Vereist
<input type="checkbox"/>	(04)	Verunreinigte Fahrbahn	<input type="checkbox"/>	(99)	Andere			
F: Schuldfrage								
Halten Sie sich bzw. die Lenkerin oder den Lenker Ihres Fahrzeuges für:								
<input type="checkbox"/>	schuldig (01)		<input type="checkbox"/>	teilweise schuldig (02)		<input type="checkbox"/>	nicht schuldig (03)?	
Halten Sie eine andere Person für:								
<input type="checkbox"/>	schuldig		<input type="checkbox"/>	teilweise schuldig		<input type="checkbox"/>	nicht schuldig?	
Wen?								
Begründung								
G: Verhalten der Lenkerin oder des Lenkers des Flottenfahrzeuges								
<input type="checkbox"/>	(01)	Missachten von Verkehrsregeln	<input type="checkbox"/>	(02)	Nichtanpassen der Geschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	(03)	Unaufmerksamkeit
<input type="checkbox"/>	(98)	i.O. bzw. nicht relevant für den Unfallhergang	<input type="checkbox"/>	(99)	Andere			
H: Angestelltenverhältnis der Lenkerin oder des Lenkers des Flottenfahrzeuges								
<input type="checkbox"/>	(01)	Fest angestellt	<input type="checkbox"/>	(02)	Temporär angestellt	<input type="checkbox"/>	(03)	Nicht angestellt
I: Zustand des Flottenfahrzeuges vor dem Schadenereignis								
<input type="checkbox"/>	(01)	Technischer Defekt	<input type="checkbox"/>	(02)	Mangelnder Unterhalt	<input type="checkbox"/>	(98)	i.O. bzw. nicht relevant für den Unfallhergang

3. Angaben über Schäden an fremden Fahrzeugen

Bitte die Aufprallstelle mit → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen



Marke und Typ

Schadenhöhe Fr.

Name und Adresse der Werkstatt (sofern bekannt)

Reparaturdatum (sofern bekannt)

Bei welcher Gesellschaft ist dieses Fahrzeug versichert?

Haftpflicht

Kasko (sofern bekannt)

Vollkasko (sofern bekannt)

ja

nein

Weitere beschädigte Fahrzeuge?

Anzahl

(Zusatzblatt „Weiteres beschädigtes Fahrzeug“ ausfüllen)

nein

Name/Vorname der Halterin oder des Halters

Bezeichnung in Unfallskizze

2

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon tagsüber (sofern bekannt)

Name/Vorname der Lenkerin oder des Lenkers

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kontrollschild

Schätzung von

4. Angaben über Schäden an sonstigen Sachen

(z.B. Verkehrssignale, Tiere, Gartenzäune usw.)

Beschädigte Sache

Bezeichnung in Unfallskizze

Schadenhöhe Fr.

Schätzung von

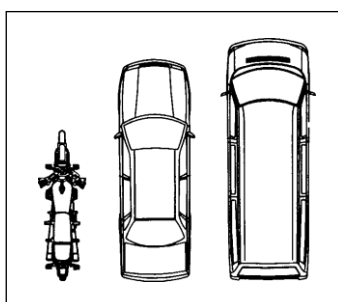
Name/Vorname der Eigentümerin oder des Eigentümers

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon tagsüber (sofern bekannt)

5. Angaben über Schäden am Flottenfahrzeug



Bitte die Aufprallstelle mit → markieren und die beschädigte Stelle einzeichnen

Schadenhöhe Fr.

Schätzung von

Standort des Fahrzeuges (Besichtigung)

Bezeichnung in Unfallskizze

1

6. Angaben über verunfallte Personen

<input type="checkbox"/> Rad-, Mofafahrer/in	<input type="checkbox"/> Motorradfahrer/in	<input type="checkbox"/> Insassin/Insasse im eigenen Fahrzeug	Bezeichnung in Unfallskizze <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fussgänger/in	<input type="checkbox"/> Sozious-Mitfahrer/in	<input type="checkbox"/> in einem anderen Fahrzeug	

Angegurtert? ja nein Sitzplatz? ja nein

Frau Herr

Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon tagsüber Telefon privat

Arbeitgeber

Welche Verletzungen hat diese Person?

Name, Adresse der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes/Spitals

Bei welcher Versicherung/Krankenkasse ist diese Person gegen Unfall versichert?

Weitere verunfallte Personen? Anzahl (Zusatzblatt „Weitere verunfallte Person“ ausfüllen) nein

7. Bemerkungen, Bestätigung und Vollmacht

Ermächtigung

Die unterzeichneten Personen ermächtigen die Zürich, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Die Zürich kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an zur Zürich-Gruppe gehörende Gesellschaften zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wird die Zürich ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles.

Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei der Zürich über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ferner ist die Zürich im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen.

Ort, Datum	Unterschrift Fahrzeuglenker/in	Unterschrift vorgesetzte Stelle	Unterschrift Finanzdirektion
------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------
