



Schadenanmeldung für die Hausrat- und Gebäudeversicherung

1. Versicherte Person

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen

Name	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse/Nummer	<input type="text"/>	Telefonnummer tagsüber	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

2. Schadenereignis

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen

Schadendatum	<input type="text"/>	Schadenzeit	<input type="text"/>
Schadenort	<input type="text"/>		
Schadenursache	<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Elementar	<input type="checkbox"/> Diebstahl
	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Glas	
Schadenhergang	<input type="text"/>		

3. Polizeirapport

Nein Ja, durch die Polizeistelle

4. Schadenumfang

Am eigenen Hausrat

Bitte Originalbelege und Fotos beilegen

Art des Gegenstandes	Bezeichnung	Preis	Gekauft bei/Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Am Gebäude

Bitte Originalbelege
und Fotos beilegen

Art des Schadens und betroffene Räume

Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

5. Eigentümer

Angaben zum Eigentümer
der betroffenen Gegen-
stände

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

Angaben zum Eigentümer
der betroffenen Gebäude

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

6. Andere Versicherung

Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert?

 Nein Ja, durch die Versicherung

7. Schadenverursacher

Ist ein Schadenverursacher bekannt?

 Nein Ja

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

Besitzt der Verursacher eine Haftpflichtversicherung?

 Nein Ja

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

8. Bemerkungen

9. Rechtliche Hinweise

Bitte beachten

Der Unterzeichnende bestätigt mit der Unterschrift, dass Sympany Einsicht in Akten nehmen oder Auskünfte einholen kann im Zusammenhang mit dem Schadenfall, und entbindet kantonale Behörden, Versicherer, Medizinalpersonen etc. von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Sympany.

Bitte hier
unterschreiben und
per Post oder E-Mail
an die oben genannte
Adresse zurücksenden

Ort und Datum

Unterschrift