



Schadenanmeldung für die Hausrats- und Gebäudeversicherung

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen

1. Versicherte Person

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

2. Schadenereignis

Schadendatum	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	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 Quittungen der Schadenanzeige 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"/>



Am Gebäude

Art des Schadens und betroffene Räume

Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

5. Eigentümer

Der vom Schaden betroffenen Gegenstände (Hausrat)

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

Der vom Schaden 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 die Simpego Versicherungen AG 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 der Simpego Versicherungen AG.

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

Ort und Datum

TT.MM.JJJJ

Unterschrift