

Schadenanmeldung für die Motorfahrzeugversicherung

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. Lenker des Fahrzeugs

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

3. Angaben zum Fahrzeug

Marke, Typ	<input type="text"/>	Kontrollschild	<input type="text"/>
Stammnummer	<input type="text"/>		

4. Schadenereignis

Schadendatum	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	Schadenzeit	<input type="text"/>
Schadenort	<input type="text"/>		

Genauere Beschreibung des Schadenhergangs

Skizze des Schadenhergangs

Fahrzeuge

Eigenes	Gegnerisches	Weitere	Motorradfahrer	Radfahrer	Fussgänger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Halten Sie sich für schuldig?

Teilweise Nein Ja



5. Polizeirapport

Nein Ja, durch die Polizeistelle

6. Zeugen

1. Zeuge	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
2. Zeuge	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

7. Verletzte Personen

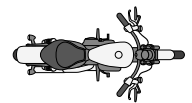
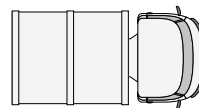
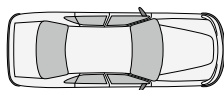
1. Verletzte Person	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
	Art der Verletzung	<input type="text"/>		
Behandelnder Arzt	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
2. Verletzte Person	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
	Art der Verletzung	<input type="text"/>		
Behandelnder Arzt	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

8. Sachschäden Dritte

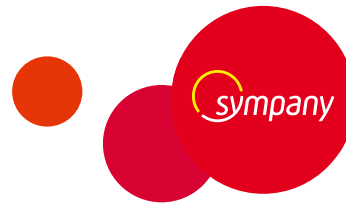
Beschädigtes fremdes Fahrzeug

Angaben zum Fahrzeughalter	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Angaben zum Fahrzeug	Marke, Typ	<input type="text"/>	Kontrollschild	<input type="text"/>
	Versicherung bei	<input type="text"/>		
Wo und ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?		<input type="text"/>		

Schaden am Fahrzeug bitte markieren



Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten



Beschädigte fremde Sachen

Angaben zum
Eigentümer des
Gegenstandes

Name

Vorname

Gegenstand

Beschädigungsumfang

Strasse/Nummer

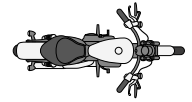
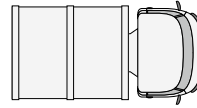
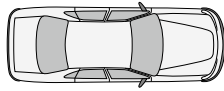
PLZ/Ort

9. Sachschäden am eigenen Fahrzeug

Bei Kollision mit Tieren
bitte Wildhüterreport
mit der Schadenanzeige
einreichen

Wo und ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Schaden am Fahrzeug bitte markieren



Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

10. Bemerkungen

Empty text box for remarks.

11. 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
Halter

Unterschrift
Lenker (falls nicht Halter)