

# Schadenanmeldung für die Motorfahrzeugversicherung

## 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. Lenker des Fahrzeugs

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
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"/>
Stamnummer	<input type="text"/>		

## 4. Schadenereignis

Bitte alle Felder inklusive Skizze vollständig ausfüllen

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

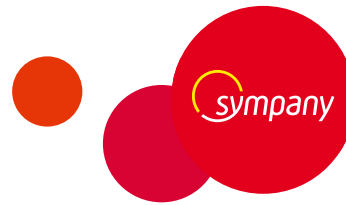
## 7. Verletzte Personen

1. Verletzte Person	Name		Strasse/Nummer	
	Vorname		PLZ/Ort	
	Telefonnummer tagsüber		E-Mail	
	Art der Verletzung			
Behandelnder Arzt	Name		Strasse/Nummer	
	Vorname		PLZ/Ort	
2. Verletzte Person	Name		Strasse/Nummer	
	Vorname		PLZ/Ort	
	Telefonnummer tagsüber		E-Mail	
	Art der Verletzung			
Behandelnder Arzt	Name		Strasse/Nummer	
	Vorname		PLZ/Ort	

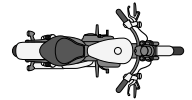
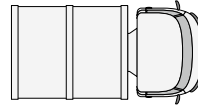
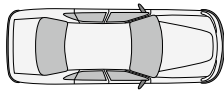
## 8. Sachschäden Dritte

### Beschädigtes fremdes Fahrzeug

Angaben zum Fahrzeughalter	Name		Strasse/Nummer	
	Vorname		PLZ/Ort	
Angaben zum Fahrzeug	Marke, Typ		Kontrollschild	
	Versicherung bei			
Wo und ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?				



Schaden am Fahrzeug bitte markieren



Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

### Beschädigte fremde Sachen

Angaben zum  
Eigentümer  
der betroffenen  
Gegenstände

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

Gegenstand

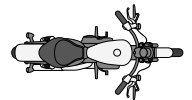
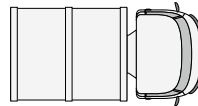
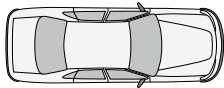
Beschädigungsumfang

## 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 eigenen Fahrzeug bitte markieren



Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

## 10. Bemerkungen

## 11. 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