



# Schadenanmeldung für die Privathaftpflichtversicherung

## 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. Schadenverursachende Person

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

## 3. Schadenereignis

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

Genauere Beschreibung des Schadenhergangs

Halten Sie sich für schuldig?  Teilweise  Nein  Ja

## 4. Polizeirapport

Nein  Ja, durch die Polizeistelle



### 5. 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"/>

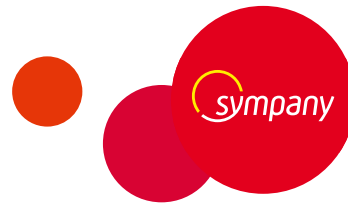
### 6. Verletzte Personen

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"/>	Vorname	<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"/>

### 7. Sachschäden Dritte

#### Beschädigte fremde Sachen

Angaben zum Eigentümer des Gegenstandes	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
	Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
	Gegenstand	<input type="text"/>		
	Beschädigungsumfang	<input type="text"/>		
	Höhe der zu erwartenden Kosten	<input type="text"/>		
	Wo können die Sachen besichtigt werden?	<input type="text"/>		
	Name	<input type="text"/>	Strasse/Nummer	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>	



**Beschädigtes fremdes Fahrzeug**

Angaben zum  
Fahrzeughalter

Name

Strasse/Nummer

Vorname

PLZ/Ort

Angaben zum  
Fahrzeug

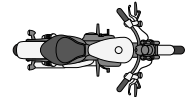
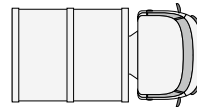
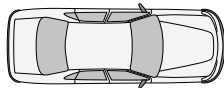
Marke, Typ

Kontrollschild

Versicherung bei

Wo und ab wann kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Schaden am Fahrzeug bitte markieren



Höhe der zu erwartenden Reparaturkosten

**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**  
Versicherungsnehmer

**Unterschrift**  
Verursacher (falls nicht Versicherungsnehmer)