

Sympany

Peter Merian-Weg 4
4002 Basel
+41 58 521 11 75
help@sympany.ch
www.sympany.ch

Schadenmeldung – Autoversicherung

Versicherungsdaten

Betroffene Deckungen Haftpflicht Teilkasko 24h-Assistance Kollisionskasko Unfall Grobfahrlässigkeitsschutz
Vertragsnummer

Personendaten der schadenmeldenden Person

Wer meldet den Schaden? Versicherungsnehmer Geschädigte Partei Andere:
Name und Vorname
Funktion
Telefon

Personendaten Versicherungsnehmer

Anrede Frau Herr Firma
Name Telefon Mobil
Vorname Telefon Privat
Firma Telefon Geschäft
Strasse/Nr. E-Mail
PLZ/Wohnort

Schadendaten

Datum Ort/Land
Zeit Strasse/Nr.

Beschreiben Sie uns den genauen Schadenhergang

Polizeirapport Ja Nein
Wenn ja, erstellt durch

Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden? voll schuldig teilweise schuldig nicht schuldig
War der Lenker zur Fahrt ermächtigt? Ja Nein
Hatte der Lenker zum Schadenzeitpunkt einen gültigen Fahrausweis? Ja Nein

Lenkerdaten

Wer hat das Fahrzeug gelenkt? Versicherungsnehmer Andere, bitte Angaben ausfüllen:
Anrede Frau Herr Firma
Name Telefon Mobil
Vorname Telefon Privat
Firma Telefon Geschäft
Strasse/Nr. E-Mail
PLZ/Wohnort Geburtsdatum

Geschädigtendaten

Anrede Frau Herr Firma
Name Telefon Mobil
Vorname Telefon Privat
Firma Telefon Geschäft
Strasse/Nr. E-Mail
PLZ/Wohnort

Eigenes Fahrzeug

Marke
Typ
Kontrollschild

Was ist beschädigt?

Geschätzte Schadenhöhe

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Name Garage
Strasse/Nr.
PLZ/Ortschaft
Telefon

Fremdfahrzeug

Marke
Typ
Kontrollschild

Was ist beschädigt?

Geschätzte Schadenhöhe

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Name Garage
Strasse/Nr.
PLZ/Ortschaft
Telefon

Sonstige beschädigte Sachen

Was wurde beschädigt?

Wie hoch wird der Schaden geschätzt?

Falls ein Kostenvoranschlag und/oder Fotos der Beschädigung vorhanden sind, können Sie uns diese Unterlagen gerne per E-Mail zustellen.

Angaben zu Personenverletzungen

Wurde jemand verletzt?

Ja Nein

Wer wurde verletzt?

Versicherungsnehmer Andere

Anrede

Frau

Herr

Firma

Name

Beruf

Vorname

Arbeitgeber

Geburtsdatum

Arzt/Spital

Strasse/Nr.

Telefon Mobil

PLZ/Wohnort

E-Mail

Art der Verletzung

Zusätzliche Angaben

Weitere Bemerkungen:

Der/die Unterzeichnende ermächtigt Simpego Versicherungen AG die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Provider und Partner der Simpego und an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt. Simpego Versicherungen AG wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten (beispielsweise Medizinalpersonen) sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diesbezüglich entbindet der/die Unterzeichnende diese von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Simpego Versicherungen AG. Der/die Unterzeichnende ermächtigt Simpego Versicherungen AG im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen. Im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch tauschen wir Daten mit beizugezogenen Dienstleistern sowie anderen Versicherungsgesellschaften für Ermittlungen aus. Die Ermächtigung des/der Unterzeichnenden erfolgt unabhängig von einer Leistungserbringung seitens der Versicherungsgesellschaft. Simpego Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln. Weitere Informationen finden Sie auf simpego.ch/de/datenschutz.

Ort und Datum

Unterschrift
Halter

Unterschrift
Lenker (falls nicht Halter)

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Schadenformular per Post oder E-Mail.
