

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 u. Vorname
Funktion
Telefon

Personendaten Versicherungsnehmer

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

Schadendaten

Datum Ort / Land
Zeit Strasse / Nummer

Beschreiben Sie uns den genauen Schadenhergang

Polizeirapport Ja Nein

Wenn ja, erstellt durch

Trifft den Lenker Ihres Fahrzeuges ein Verschulden?

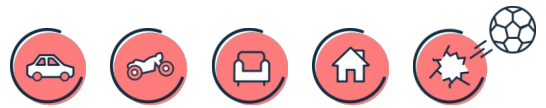
voll schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

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 / Nummer

E-Mail

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Geschädigtendaten

Anrede Frau Herr Firma

Name

Telefon Mobil

Vorname

Telefon Privat

Firma

Telefon Geschäft

Strasse / Nummer

E-Mail

PLZ / Wohnort

Eigenes Fahrzeug

Marke

Marke

Typ

Typ

Kontrollschild

Kontrollschild

Was ist beschädigt?

Was ist geschädigt?

Geschätzte Schadenhöhe

Geschätzte Schadenhöhe

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?

Name der Garage

Name der Garage

Strasse / Nummer

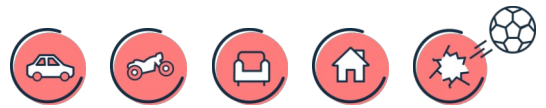
Strasse / Nummer

PLZ / Ortschaft

PLZ / Ortschaft

Telefon

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 / Nummer 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 Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt.

Simpego Versicherungen AG wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

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.

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.

Ort und Datum

Unterschrift

Halter

Lenker (falls nicht Halter)

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Schadenformular an:

Simpego Versicherungen AG

Schaden

oder

claims@simpego.ch

Hohlstrasse 556

CH-8048 Zürich