

# Schadenanzeige

## Feuer, Elementar, Diebstahl, Wasser und Glasbruch

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Bei Fragen hilft die CSS-Serviceline 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Policen-Nr.



### 1 Sachbranchen

- Feuerschaden     
  Elementarschaden     
  Diebstahlschaden  
 Wasserschaden     
  Glasbruchschaden

### 2 Allgemeine Auskünfte

#### 2.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 2.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wo?	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft

### 3 Angaben zum Schadenereignis

#### 3.1 Schadendatum/-ort

Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3.2 Eigentümer der gestohlenen/beschädigten Sachen

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3.3 Schadenursache/-hergang

### 3.4 Wie hoch schätzen Sie den Schaden?

CHF

### 3.5 Wer hat den Schaden verursacht?

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 3.6 Besteht eine Haftpflicht-Versicherung? Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 3.7 Gegenstände

Gegenstand

gekauft bei

Kaufdatum

Ersatzwert/Reparaturkosten

Gemäss separater Liste

## 4 Polizeianzeige

### 4.1 Anzeigerstatter

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Anzeigedatum

Polizeiposten

Polizeibeamter

## 5 Zahlung an

### 5.1 Name und Adresse des Empfänger

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.2 Kontoangaben des Empfängers

Postscheckkonto

Kontonummer

Bankkonto

Kontonummer

IBAN-Nr.

Name der Bank

6.1 Für obiges Schadenereignis besteht noch eine andere Versicherung  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

Teil-/Vollkaskoversicherung  Diebstahl-/Wertsachenversicherung  andere Versicherung

Name der Teil-/Vollkaskoversicherung	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
--------------------------------------	---

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
--------------	----------

Name der Diebstahl-/Wertsachenversicherung	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
--	---

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
--------------	----------

Name der anderen Versicherung	Policen-Nr.:
-------------------------------	--------------

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
--------------	----------

Ich weiss nicht, ob für obigen Schaden eine weitere Versicherung besteht

Es besteht keine weitere Versicherung

### Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Mit der Unterzeichnung der Schadenanzeige wird die CSS Versicherung ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter