

Schadenanzeige

Privat-/Gebäudehaftpflicht

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 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

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

1.2 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

2 Angaben zum Schadenereignis

2.1 Schadendatum/-ort

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

2.2 Schadenursache/-hergang

2.3 Wer hat Schaden verursacht?

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

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

<input type="text"/>	Wo? <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Beruf	Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.4 **Trifft eine weitere Person eine Mitschuld?** Ja Nein

Wenn Ja, wer?

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3 Polizeianzeige

3.1 **Anzeigerstatter**

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Anzeigedatum	Polizeiposten	Polizeibeamter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 **Polizeirapport** Ja Nein

3.3 **1. Zeuge**

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3.4 **2. Zeuge**

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

4 Sachschäden Dritter

4.1 **1. Geschädigter**

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

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

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

<input type="text"/>	Wo? <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Schaden

Art des Sachschadens

Alter des Gegenstandes

Besichtigungsort

Schadenhöhe

Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

Teilkasko

Vollkasko

Feuer

Diebstahl

Glasbruch

Wasserschaden

Wertsachen

Haftpflicht

andere, welche

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Wurde der Fall dort gemeldet?

Ja Nein

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Wurde der Fall dort gemeldet?

Ja Nein

4.2 2. Geschädigter

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

Wo?

Privat

Mobile

Geschäft

E-Mail

Schaden

Art des Sachschadens

Alter des Gegenstandes

Besichtigungsort

Schadenhöhe

Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

Teilkasko

Vollkasko

Feuer

Diebstahl

Glasbruch

Wasserschaden

Wertsachen

Haftpflicht

andere, welche

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Wurde der Fall dort gemeldet?

Ja Nein

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Wurde der Fall dort gemeldet?

Ja Nein

5 Mieterschäden

5.1 Mietdauer (Mietübernahme und -übergabeprotokoll bitte beilegen)

Datum Mietbeginn

Datum Mietende

Datum der letzten Renovation

6.1 1. verletzte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Beruf	Arbeitgeber

Verletzung

Art des Verletzung

Behandelnder Arzt/Spitals

Vorname	Name

Spital

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

6.2 2. verletzte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Beruf	Arbeitgeber

Verletzung

Art des Verletzung

Behandelnder Arzt/Spitals

Vorname	Name

Spital

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.	PLZ, Ort

7 Ersatzansprüche

7.1 Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? Ja Nein

Wenn Ja, von wem?

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

8 Ergänzungsfrage

8.1 Leben Sie mit der geschädigten Person in Hausgemeinschaft? Ja Nein

8.2 Sind Sie mit der geschädigten Person verwandt? Ja Nein

9 Zahlung an

9.1 Name und Adresse des Empfängers

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

9.2 Kontoangaben des Empfängers

Postscheckkonto

Bankkonto

Kontonummer

Kontonummer

IBAN-Nr.

Name der Bank

10 Bestätigung

10.1 Ich/Wir besitzen eine Rechtsschutz-Versicherung Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Bemerkungen

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

Ohne Bewilligung der CSS Versicherung dürfen keinerlei Ansprüche anerkannt werden.

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

--