

Schadenanzeige

Hausrat / Gebäude

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 das Contact Center 0844 277 888 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

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

3 Angaben zum Schadenereignis

3.1 Schadendatum/-ort

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

3.2 Eigentümer der gestohlenen/beschädigten Sachen

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	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, Hausnummer

PLZ/ Ort

3.6 Besteht eine Haftpflicht-Versicherung? Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. / Schaden-Nr.

3.7 Gegenstände Beschädigte oder gestohlene Sachen (Bitte Originalkaufbelege beilegen)

Gegenstand	Gekauft bei	Kaufdatum	Ersatzwert/Reparaturkosten
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>

Gemäss separater Liste

3.8 Gebäudeschäden

Betroffene Gebäudebestandteile	Reparaturfirma / Adresse / Telefon-Nr.	Schätzung Schadenhöhe / Offerten
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 20px;"></div>

Gemäss separater Liste

Baujahr Gebäude

3.9 Fahrrad (Bitte Originalkaufbelege beilegen)

Herren-/Damenfahrrad

Kinderfahrrad

War das Fahrrad abgeschlossen? Ja Nein

Marke

Typ

Rahmennummer

Anzahl Gänge

Kaufjahr

Heutiger Kaufpreis

4 Polizeimeldung

4.1 Anzeigerstatter

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/ Ort

Anzeigedatum

Polizei-posten

Polizei-beamter

5 Zahlung an

5.1 Name und Adresse des Empfängers

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/ Ort

5.2 Kontoangaben des Empfängers

IBAN

Name des Finanzinstituts

6 Zusätzliche Angaben (In jedem Fall auszufüllen)

6.1 Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

Ja Nein

Teil-/ Vollkasko

Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Hausrat/Geschäft

Wertsachen

Gebäude

Andere

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

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern