

Schadenmeldung

Übrige Versicherungen

Versicherungsgesellschaft					Police Nr.	
Betroffene Versicherung	<input type="checkbox"/> Technik	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Reisen	<input type="checkbox"/> Übrige	

Versicherungsnehmer		Telefon	
Adresse		Telefax	
PLZ Ort		Homepage	

Zuständig		Direktwahl	
Funktion / Abteilung		Mobile	
Evtl. Filiale		Email	

Bank- oder Postverbindung		MwSt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
IBAN		Nummer	

Datum/Uhrzeit/Ort			
--------------------------	--	--	--

Schadenhergang
(bitte auch ergänzen, wenn Polizeirapport aufgenommen wurde)

Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
Zeugen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wer?
Rettungsmassnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, was?
Wer ist verantwortlich?	<input type="checkbox"/> Niemand	<input type="checkbox"/> Ja, wer?

Sachschäden	Betrag	Art / Maschine / Position	Geschädigter/Eigentümer

Die unterzeichneten Personen ermächtigen die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer weiterleiten.
Ferner wird die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffs auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichneten Personen haben das Recht, bei der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer