

Schadenmeldung

Sacheversicherung

Versicherungsgesellschaft			Police Nr.	
Betroffene Versicherung	<input type="checkbox"/> Geschäftsversicherung	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	
Versicherungsnehmer				
Adresse			Telefon	
PLZ Ort			Homepage	
Zuständig			Direktwahl	
Funktion / Abteilung			Mobile	
Evtl. Filiale			E-Mail	
IBAN			MwSt.?	
Datum / Uhrzeit / Ort				
Schadensursache	<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Diebstahls	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Glas
Schadenshergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport vorhanden ist)				
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"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wer?		
Sachschäden	Betrag	Art	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
------------	----------------------------------