



CSS

Versicherung

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

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/ Ort

1.2 Kontakt

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

E-Mail

Wo?

Privat

Mobile

Geschäft

2 Angaben zum Schadenereignis

2.1 Schadendatum/-ort

Datum

Zeit

Strasse, Hausnummer

PLZ/ Ort

2.2 Schadenursache/-hergang

2.3 Wer hat den Schaden verursacht?

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	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?	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	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3 Polizeimeldung

3.1 Anzeigerstatter

Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anzeigedatum	Polizei-posten	Polizeibeamter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Polizeirapport erstellt? Ja Nein

3.3 1. Zeuge

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

Weitere Zeugen bitte auf einem separaten Blatt auflisten.

4 Sachschäden Dritter

4.1 Geschädigter (Eigentümer Gegenstand/Gebäude)

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

Schaden

Art des Schadens		
<input type="text"/>		
Alter des Gegenstandes	Besichtigungsort	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

<input type="checkbox"/> Teilkasko	<input type="checkbox"/> Vollkasko	<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Diebstahl
<input type="checkbox"/> Glasbruch	<input type="checkbox"/> Wasserschaden	<input type="checkbox"/> Wertsachen	<input type="checkbox"/> Haftpflicht
<input type="checkbox"/> Andere, welche	<input type="text"/>		

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?	Policen-Nr./Schaden-Nr.	Wurde der Fall dort gemeldet?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei welcher Versicherungsgesellschaft?	Policen-Nr./Schaden-Nr.	Wurde der Fall dort gemeldet?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Geschädigte bitte auf einem separaten Blatt auflisten.

5 Mieterschäden

5.1 Mietdauer (Mietübernahme und -übergabeprotokoll bitte beilegen)

Datum Mietbeginn	Datum Mietende	Datum der letzten Renovation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Verletzte Personen

6.1 Verletzte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer		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?	E-Mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Wo?	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Geschäft
Beruf	Arbeitgeber		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Verletzung

Art der Verletzung
<input type="text"/>

Behandelnder Arzt/Spital

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Wo ist die verletzte Person gegen Unfall versichert?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr./Schaden-Nr.

Weitere verletzte Personen bitte auf einem separaten Blatt auflisten.

7 Ersatzansprüche

7.1 Sind Ersatzansprüche an Sie gestellt worden?

Ja

Nein

Wenn Ja, von wem?

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

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, Hausnummer

PLZ/Ort

9.2 Kontoangaben des Empfängers

IBAN

Name des Finanzinstituts

10 Bestätigung

10.1 Ich/Wir besitzen eine Rechtsschutz-Versicherung

Ja

Nein

Wenn Ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr./Schaden-Nr.

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

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern