

# Schadenanzeige

## Hausrat / Gebäude

Dieses Formular ist durch die versicherte Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Unter [css.ch/hausrat](http://css.ch/hausrat) finden Sie alle Informationen zum Produkt sowie das notwendige Formular. Wir bitten, dieses vollständig auszufüllen und so schnell wie möglich an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse zu senden. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch nicht prüfen. Vielen Dank für die Zusammenarbeit. Haben Sie Fragen? Unser Contact Center 0844 277 888 hilft Ihnen gerne weiter.

Kundennummer

### 1 Sachbranchen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Feuerschaden  | <input type="checkbox"/> Elementarschaden | <input type="checkbox"/> Diebstahlschaden |
| <input type="checkbox"/> Wasserschaden | <input type="checkbox"/> Glasbruchschaden | <input type="checkbox"/> Kaskoschaden     |

### 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?		E-Mail
<input type="text"/>	Wo? <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)

<input type="checkbox"/> Herren-/Damenfahrrad	<input type="checkbox"/> Kinderfahrrad	War das Fahrrad abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Marke	Typ	Rahmennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anzahl Gänge	Kaufjahr	Heutiger Kaufpreis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 4 Polizeimeldung

### 4.1 Anzeigerstatter

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

## 5 Zahlung an

### 5.1 Name und Adresse des Empfängers

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

### 5.2 Kontoangaben des Empfängers

IBAN	Name des Finanzinstituts
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 6 Zusätzliche Angaben (In jedem Fall auszufüllen)

### 6.1 Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

Ja  Nein

	Versicherungsgesellschaft	Police-Nr.
<input type="checkbox"/> Teil-/ Vollkasko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hausrat/Geschäft	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wertsachen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gebäude	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Andere	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Die CSS Versicherung AG bearbeitet die Daten, die Sie uns bekannt geben oder die wir mit Ihrer Einwilligung von Dritten beschaffen, soweit jeweils notwendig zur Schadenabwicklung. Sie willigen hiermit ein, dass die Daten im erforderlichen Umfang an die an der Schadenerledigung beteiligten Gesellschaften der CSS Gruppe, an Mit- und Rückversicherer, Behörden und weitere Dritte im In- und Ausland zur Bearbeitung weitergeleitet oder bei diesen beschafft werden. Die Daten werden in elektronischer Form oder auf Papier bearbeitet. Sie werden solange aufbewahrt, wie es für die Geschäftsabwicklung notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben ist.

Weitergehende Ausführungen zur Bearbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung der CSS Versicherung AG auf [css.ch](http://css.ch).

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 AG  
Kompetenzcenter Spezialversicherungen  
Postfach 2568  
6002 Luzern