

# Schadenanzeige

## Privat-/Gebäudehaftpflicht

Bitte füllen Sie das Formular als versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung vollständig aus und senden Sie es an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse. Nur so können wir Ihren Leistungsanspruch prüfen. Haben Sie Fragen? Unser Kundenservice-Center 0844 277 888 hilft Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer



Alternativ können Sie das Formular auf [css.ch/haftpflicht](https://css.ch/haftpflicht) online zustellen.

### 1 Allgemeine Auskünfte

#### 1.1 Versicherte Person

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

#### 1.2 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"/>	<input type="text"/>	
Wo?	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft

### 2 Angaben zum Schadenereignis

#### 2.1 Schadendatum /-ort

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

#### 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	Polizei-beamter
<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

Strasse, Hausnummer  PLZ/Ort

Telefon Privat  Mobile  Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?  E-Mail   
Wo?  Privat  Mobile  Geschäft

### Schaden/Beschädigter Gegenstand

Art des Schadens

Alter des Gegenstandes  Besichtigungsort  Schadenhöhe

### Bestehen weitere Versicherungen für die obenerwähnten Sachen?

Teilkasko  Vollkasko  Feuer  Diebstahl  
 Glasbruch  Wasserschaden  Wertsachen  Haftpflicht  
 Andere, welche

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?  Policen-Nr./Schaden-Nr.  Wurde der Fall dort gemeldet?  
 Ja  Nein

Bei welcher Versicherungsgesellschaft?  Policen-Nr./Schaden-Nr.  Wurde der Fall dort gemeldet?  
 Ja  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

## 6 Verletzte Personen

### 6.1 Verletzte Person

Vorname  Name  Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer  PLZ/Ort

Telefon Privat  Mobile  Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?  E-Mail   
Wo?  Privat  Mobile  Geschäft

Beruf  Arbeitgeber

### Verletzung

Art der Verletzung

## 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 dürfen keinerlei Ansprüche anerkannt werden.

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.

Mit der Unterzeichnung der Schadenanzeige wird die CSS 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 von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

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

## **Anschrift des Versicherers:**

CSS, Kompetenzzentrum Spezialversicherungen, Postfach 2568, 6002 Luzern