



## Schadenanzeige Gebäudeversicherung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

Feuerschaden  Wasserschaden  Glasschaden  Diebstahl  Haftpflicht

### Versicherungsnehmer

Firma  Anrede / Titel

Korrespondenzadresse  Vorname, Name

Nationalität

Geburtsdatum / Zivilstand

Arbeitgeber / Beruf

MWST-pflichtig  ja  nein Telefon G / Telefon P

MWST-Nummer  Mobile / Fax

Kontaktperson / Funktion  E-Mail

erreichbar

PC- oder Bankkonto  Bestehen noch andere Versicherungen  ja  nein

IBAN  Gesellschaft

Policennummer

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)  Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja  nein

Strasse, Nr  Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen

Stockwerk, Raum  Durch wen?

Land, PLZ, Ort  (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)

### Hergang

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. 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 der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



