

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG

Allianz Suisse, Schadenservice, Postfach, 8010 Zürich

Telefon: 0800 22 33 44

E-Mail: schadenservice@allianz-suisse.ch

Fax: 058 358 40 40

Schadenmeldung Haftpflicht-/Vermögensversicherung		Schaden-Nr. Police-Nr. T802420884
Versicherungsnehmer	Name, Vorname / Firma VSPB - Sektion Bern-Gemeinden Strasse, PLZ, Wohnort Schiessplatzweg 1, CH-3072 Ostermundigen E-Mail	Telefon Privat/Mobile Telefon Geschäft
Zahlstelle	An wen ist eine allfällige Entschädigung zu überweisen (Name, Vorname, Adresse)? _____	
	Postcheckkonto/Bankname, Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.	
Angaben zum Schadenereignis	Schadendatum Zeit Strasse, PLZ, Schadenort _____ Schadenursache/-hergang _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Zeugen	Name, Vorname, Adresse _____	Telefon/Mobile _____
Wer hat den Schaden verursacht?	Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum _____	Telefon/Mobile _____
	Trifft ihn/sie ein Verschulden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Weshalb?	
Polizeianzeige	Anzeigedatum	Polizeistelle

Sachschaden	Was ist beschädigt worden? Schadenhöhe? Alter des Objektes? Reparaturmöglichkeiten? Reparaturfirma? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Für obiges Schadenereignis besteht noch eine andere Versicherung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei welcher Gesellschaft? Police-Nr.	
Vermögensschaden	Wann wurde der Vermögensschaden verursacht? <hr/> Art des Vermögensschadens <hr/>	Wann wurde der Schaden erstmals geltend gemacht? <hr/> Höhe des Vermögensschadens <hr/>
Geschädigte/Verletzte Person 1	Name, Vorname, Adresse <hr/> Geburtsdatum Zivilstand 	Telefon/Mobile <hr/> Berufliche Tätigkeit
Bei Personenschaden	Art der Verletzungen <hr/>	Arzt, Spital <hr/>
	Arbeitsunfähigkeit Seit	Grad % arbeitsunfähig
Geschädigte/Verletzte Person 2	Name, Vorname, Adresse <hr/> Geburtsdatum Zivilstand 	Telefon/Mobile <hr/> Berufliche Tätigkeit
Bei Personenschaden	Art der Verletzungen <hr/>	Arzt, Spital <hr/>
	Arbeitsunfähigkeit Seit	Grad % arbeitsunfähig
Person 1 und 2	Ist eine oder mehrere der geschädigten Personen mit ihnen oder mit dem Schadenverursacher verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wohnt eine dieser Personen mit Ihnen oder dem Schadenverursacher in Hausgemeinschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? Verwandtschaftsgrad? Wenn ja, welche?
Bemerkungen	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Ermächtigung	<p>Der/die Unterzeichnende ermächtigt Allianz Suisse, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit-, Rück- oder andere Versicherer zur Bearbeitung übermittelt.</p> <p>Allianz Suisse wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen oder Dritten Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.</p> <p>Der/die Unterzeichnende ermächtigt Allianz Suisse, im Falle eines Rückgriffes auf haftpflichtige Dritte beziehungsweise deren Haftpflichtversicherer, ihnen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.</p> <p>Bei Motorfahrzeugschäden können die Daten zum Zweck der Missbrauchsbekämpfung an die SVV Solution AG zur Eintragung in die elektronische Datensammlung CarClaims-Info übermittelt werden.</p> <p>Die Allianz Suisse ist berechtigt, auf die in CarClaims-Info bereits eingetragenen Fahrzeugdaten zu greifen.</p>	
	Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Bitte beachten: Ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft dürfen dem/der Geschädigten gegenüber keine Ansprüche anerkannt werden.		