

Schadenmeldung Technische Versicherungen

Wird von der
Versicherung
ausgefüllt

Schaden-Nummer

- Maschinen Maschinen-Kasko / Teilkasko Maschinen-Betriebsunterbrechung Montage
 Elektronik: EDVA Elektronik: ATA Bauwesen Bauherrenhaftpflicht

Vertrag-Nr.	
Versicherungsnehmer	Kontaktperson
Name/Firma: _____	Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____ Handy: _____
E-Mail: _____	Fax: _____
Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN _____	E-Mail: _____

Wann hat sich der Schaden ereignet?	Datum: _____	Zeit: _____
Wo hat sich der Schaden ereignet?	PLZ: _____	Ort: _____
	Strasse: _____	
Was ist passiert?	_____	

Was wurde beschädigt?	Position ¹⁾	Baujahr	Reparatur/Ersatz	Kosten	Garantie
a)			<input type="checkbox"/> Rep. <input type="checkbox"/> Ersatz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis
b)			<input type="checkbox"/> Rep. <input type="checkbox"/> Ersatz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis
c)			<input type="checkbox"/> Rep. <input type="checkbox"/> Ersatz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis
d)			<input type="checkbox"/> Rep. <input type="checkbox"/> Ersatz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis

	Seit wann in Betrieb	Anschaffungspreis	Bei Anschaffung	Wem gehören die vom Schaden betroffenen Sachen?
zu a)			<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht	
zu b)			<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht	
zu c)			<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht	
zu d)			<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht	

¹⁾ Position im Versicherungsvertrag (Police) oder Verzeichnis

	Wo befinden sich die beschädigten Sachen jetzt?	Wer führt die Reparatur aus?	Name des zust. Bearbeiters	Tel.-Nr. des zust. Bearbeiters
zu a)				
zu b)				
zu c)				
zu d)				

Welche Dritte sind für den Schaden eventuell verantwortlich?	
Wo wurde der Diebstahl der Polizei gemeldet? (bei Diebstahl zwingend nötig)	
Weitere Bemerkungen	

Der Unterzeichnete ermächtigt die Basler Versicherung AG [Basler Leben AG] (nachstehend "Basler" genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an:
Basler Versicherung AG
 Schaden Schweiz, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
 Tel. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, schaden@baloise.ch, www.baloise.ch