

Schadenmeldung

Einkaufsversicherung

1. Angaben zum Karteninhaber

Kartennummer : ____ ____ ____ ____ **XXXX XXXX** ____ ____ ____ ____

Nachname _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Mobiltelefon _____ E-mail _____

Geburtsdatum _____

2. Bankverbindung für die Rückerstattung

Kontoinhaber (Vorname, Nachname, Adresse) _____

IBAN (CH + 19 Ziffern) _____

3. Zweitversicherung

Haben Sie eine andere Versicherung, die diese Art von Schäden abdeckt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Anbieter? _____ Police Nr. _____

4. Angaben zum Einkauf

a) Haben Sie 100% des Gegenstands mit Ihrer prepaid Mastercard Life ShopProtect bezahlt? Ja Nein

b) Datum des Einkaufs _____

c) Gekaufter Gegenstand _____

d) Marke/Hersteller _____

e) Model/Farbe/Grösse _____

f) Name/Adresse der Verkaufsstelle _____

g) Preis in CHF _____

h) Der Gegenstand wurde zerstört beschädigt gestolen

i) Datum des Schadens _____

j) Bitte beschreiben Sie das Schadenereignis ausführlich:

5. Erforderliche Dokumente und Unterlagen

- Zahlungsnachweis des Gegenstands mit Ihrer prepaid Mastercard Life ShopProtect**
- Kopie des Kaufbelegs oder Bestellbestätigung
- Bei Beschädigung/Zerstörung: Fotos des Schadens
- Bei Raub/Diebstahl: Polizeirapport
- Reparaturrechnung oder Totalschadenbestätigung
- Entscheidung des Verkäufers bezüglich des Erstattungsantrags

Erklärung

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angegebenen Informationen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meinen Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren kann, wenn meine Informationen ungenau, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dies dem Versicherer keinen Schaden zufügt. Ich stimme zu, dass Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG bei Reiseveranstaltern, Vermittlern, Transportunternehmen, Swiss Bankers Prepaid Services AG und von Swiss Bankers Prepaid Services AG beauftragten Unternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte usw.), anderen Versicherern und allen anderen relevanten Parteien nachfragt. Ich entbinde diese Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht. Ich bestätige, die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erhalten, verstanden und akzeptiert zu haben.

Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG, die für die Beurteilung der Leistungsberechtigung und die Bearbeitung des gemeldeten Schadens erforderlichen Daten über mich zu überprüfen und zu verarbeiten. Dies umfasst insbesondere medizinische Ermittlungen bei Ärzten, Krankenhäusern usw., bei denen ich die Ärzte und das medizinische Personal ausdrücklich von ihrer Geheimhaltungspflicht entbinde. Falls erforderlich, werden die Daten an relevante Dritte in der Schweiz und im Ausland weitergegeben, einschliesslich Mitversicherern, Rückversicherern und anderen an der Schadenbearbeitung beteiligten Parteien.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind unter folgender Adresse verfügbar: <https://www.europ-assistance.ch/de/ueber-uns/personliche-daten>

Befreiung vom Bankgeheimnis

Die versicherten Personen stimmen zu, dass der Versicherungsnehmer oder Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG Dritte mit der Durchführung ihrer Aufgaben beauftragen kann. Der Karteninhaber stimmt zu, dass Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG beim Versicherungsnehmer überprüfen kann, ob der Karteninhaber zum Zeitpunkt des Schadens über einen gültigen Kartenversicherungsvertrag mit dem Versicherungsnehmer verfügte. Der Karteninhaber ermächtigt den Versicherungsnehmer, diese Informationen an Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG weiterzugeben. In diesem Zusammenhang entbinden die versicherten Personen diese Stellen von allen Geheimhaltungsverpflichtungen im Bereich des Bank- und Geschäftsgeheimnisses.

Ort, Datum

Unterschrift des Karteninhabers