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 Verkausstelle _____

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 gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass ich meinen Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren kann, wenn meine Angaben unrichtig, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn daraus kein Nachteil für den Versicherer entsteht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Redion (Schweiz) Versicherungen AG bei Reiseveranstaltern, Vermittlern, Transportunternehmen, Swiss Bankers Prepaid Services AG sowie von Swiss Bankers Prepaid Services AG beauftragten Unternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte usw.), anderen Versicherern und allen weiteren beteiligten Stellen Auskünfte einholen darf. Ich entbinde diese Stellen gegenüber Redion (Schweiz) Versicherungen AG von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Ich bestätige, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erhalten, verstanden und akzeptiert zu haben.

Ermächtigung zur Informationsbeschaffung und Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht

Ich ermächtige Redion (Schweiz) Versicherungen AG, die mich betreffenden Daten zu erheben, zu überprüfen und zu bearbeiten, die für die Prüfung meines Anspruchs auf Leistungen sowie für die Bearbeitung des von mir gemeldeten Schadensfalles erforderlich sind.

Zu diesem Zweck ermächtige ich die Ärzte, Krankenhäuser, andere Gesundheitsfachpersonen sowie die betroffenen Dritten (insbesondere Reisebüros, Transportunternehmen, Behörden und andere in die Schadenbearbeitung involvierte Stellen), Redion (Schweiz) Versicherungen AG die für die Bearbeitung meines Dossiers erforderlichen Informationen zu übermitteln. Ich entbinde die betroffenen Ärzte und anderen Gesundheitsfachpersonen in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Soweit dies für die Bearbeitung des Schadensfalles erforderlich ist, können die Daten an in dessen Abwicklung involvierte Dritte in der Schweiz oder im Ausland weitergegeben werden, insbesondere an Mitversicherer und Rückversicherer.

Detaillierte Informationen zur Datenbearbeitung sind unter folgender Adresse verfügbar:

www.redion.com/ch-de/merkblatt-zur-verarbeitung-personenbezogener-daten/

Befreiung vom Bankgeheimnis

Die versicherten Personen stimmen zu, dass der Versicherungsnehmer oder Redion (Schweiz) Versicherungen AG Dritte mit der Durchführung ihrer Aufgaben beauftragen kann. Der Karteninhaber stimmt zu, dass Redion (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 Redion (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