

Schadenmeldung

Schaden-Nr.:

für die Datenwiederherstellung von Cyber-Versicherungs-Kunden

Sehr geehrte Kundin
Sehr geehrter Kunde

Um feststellen zu können, ob eine Versicherungsleistung zu erbringen ist, benötigen wir einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei:

Es handelt sich um:

- ☐ missbräuchliche Verwendung der Kredit-/Debitkarte (Cyber-Crime):
 - ☐ einen unautorisierten Zugriff
 - ☐ DDos-Attacken

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- ☐ Kostenvoranschlag für Schäden > CHF 1000
- ☐ Bestätigung, dass das betroffene mobile Endgerät auf den Karteninhaber oder auf eine Person im gleichen Haushalt lautet (z.B. Kaufbeleg)
- ☐ Detaillierte Rechnung des Fachunternehmens
- ☐ Kopie Versicherungspolice

Wenn Sie eine Frage unvollständig oder nicht beantworten können, erklären Sie bitte warum.

Fragen zur versicherten Person (anspruchsberechtigte Person)

Name:

Vornamen:

Geburtsdatum:

Strasse / Haus-Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Name des Kartenprodukts:

Kontonummer (IBAN):

Nr. Versicherungspolice:

Fragen zum Ereignis

1. Wann ist das Ereignis eingetreten? Datum:

2. Unter welchen Umständen trat das Ereignis ein (kurze Beschreibung)?

3. Angabe Name, Vorname und Geburtsdatum der betroffenen Person (sofern nicht Karteninhaber betroffen):

4. Welches Endgerät ist betroffen?

Fragen zu weiteren Versicherungen und Entschädigungen

1. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen? ☐ ja ☐ nein

2. Wenn ja, welche?

3. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt? ☐ ja ☐ nein

4. Wenn ja, von wem?

Hiermit bevollmächtige ich die Europäische Reiseversicherung ERV und die mit ihr verbundenen Unternehmen (insbes. die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG) im Zusammenhang mit der Erledigung der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Daten zu bearbeiten, sowie bei privaten und öffentlichen Unternehmen, Behörden, Polizei, Privat- und Sozialversicherern, im In- und Ausland Auskünfte einzuholen oder Akteneinsicht zu nehmen und entbinde die genannten Stellen sowie deren Hilfspersonen von ihrem Amts- oder Berufsgeheimnis oder ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtige sie, Auskunft zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters