

Schadenanzeige Online-Kontoschutz

Bitte füllen Sie dieses Schadenformular vollständig und wahrheitsgetreu aus.

Angaben zum Karteninhaber

Schadennummer: _____
(sofern vorhanden)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: |T| |T| |M| |M| |J| |J| |J| |J|

Kartentyp: _____

Kreditkartennummer: |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X| |X|

Angaben zur Auszahlung der Leistungen

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name und Adresse des Kontoinhabers (sofern abweichend von oben):

Angaben zum Schadenfall

Was ist vom Missbrauch betroffen? Privates Konto Private Zahlkarte Privates mobiles Endgerät

Bitte schildern Sie den Schadenhergang möglichst genau:

Wann ist der Schaden entstanden? Datum: |T| |T| |M| |M| |J| |J| |J| |J|

Wie hoch ist der Vermögensschaden? Betrag: _____

Haben Sie Anzeige bei der Polizei erstattet? Ja Nein

Falls ja, wann? Datum: |T| |T| |M| |M| |J| |J| |J| |J|

Adresse Polizeiposten: _____

Haben Sie den Schaden dem Geldinstitut, dem Kartenvertragspartner oder dem Netzwerkanbieter gemeldet? Ja Nein

Falls ja, wurde Ihnen der Vermögensschaden erstattet? Ja: Betrag: _____ Nein

Folgende Unterlagen werden zur Schadenbearbeitung benötigt:

- Bestätigung der Polizei über die Erstattung einer Anzeige wegen des Schadens
- Schriftliche Erklärung des betroffenen kontoführenden Geldinstituts, Kartenvertragspartners, Netzerkanbieters oder Anbieters anderer Zahlungssysteme zur Entschädigung des Vermögensschadens
- Kontoauszug mit Bestätigung der missbräuchlichen Belastung

Die / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die obenstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden, wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Die / der Unterzeichnende ermächtigt die Allianz Assistance, die gemachten Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalls notwendig sind. Zu diesem Zweck erlaubt die / der Unterzeichnende der Allianz Assistance, bei Drittpersonen, wie beispielsweise Händlern, Herstellern oder externen Sachverständigen, weitere sachdienliche Informationen einzuholen. Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung übermittelt.

 Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Anspruch auf Versicherungsleistung verlieren kann, wenn meine Angaben unwahr, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Ich bin damit einverstanden, wenn die Allianz Assistance bei Behörden (Polizei, Gerichte etc.) anderen Versicherungsträgern und relevanten Dritten Auskünfte einholt und Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Soweit mir nicht bereits bekannt, nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben zum Zweck der Prüfung des Leistungsanspruchs ggf. ganz oder teilweise an externe Dienstleister übermittelt werden können.

Ort / Datum

Unterschrift des Karteninhabers