



# SCHADENSMELDUNG

## Verdienstausfallversicherung

Bitte übermitteln Sie diese Schadensmeldung an die BAWAG P.S.K. Versicherung AG. Bevorzugt per E-Mail an [servicecenter@bawag-versicherung.at](mailto:servicecenter@bawag-versicherung.at). Diese leitet die Schadensmeldung so rasch wie möglich an Cardif weiter. Die MitarbeiterInnen der Leistungsabteilung von Cardif setzen sich umgehend mit der versicherten Person in Verbindung.

### PERSÖNLICHE DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Herr  Frau

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### KREDITVERTRAG

Vertrags-IBAN: \_\_\_\_\_ Laufzeit in Monaten: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Höhe der monatlichen Rate in €: \_\_\_\_\_ Fälligkeit der Rate: \_\_\_\_ . des Monats

### EINGETRETENES EREIGNIS

Arbeitsunfähigkeit (Krankenstand)  Arbeitslosigkeit

Datum des Eintrittes: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### GEMELDET VON (NUR AUSZUFÜLLEN, WENN NICHT MIT DER VERSICHERTEN PERSON IDENTISCH)

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### ANSPRECHPARTNER BEI DER BAWAG P.S.K.

Name: \_\_\_\_\_ Filiale: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON

Die versicherte Person willigt ausdrücklich in die Weitergabe vorstehender personenbezogener Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, sowie sonstiger personenbezogener Daten wie Bankverbindung, Kreditbetrag, Gesamtbelastung, Abrechnungsdatum und -betrag, Zinssatz und Raten durch BAWAG P.S.K. Bank für Arbeit und Wirtschaft und Österreichische Postsparkasse Aktiengesellschaft an Cardif Allgemeine Versicherung ein, um der Cardif Allgemeine Versicherung eine Abwicklung des vorliegenden Schadensfalles zu ermöglichen und entbindet die BAWAG P.S.K. Bank für Arbeit und Wirtschaft und Österreichische Postsparkasse Aktiengesellschaft in diesem Umfang vom Bankgeheimnis. Die Einwilligung zur Weitergabe der personenbezogenen Daten kann von der versicherten Person jederzeit widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift