**Schadenanzeige** Mitgliedernummer:

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Name : Telefon:

Vorname : Mobile prof./Fax

Strasse : Mobile priv.:

Ort : E-Mail:

**VERSICHERTE PERSON (falls nicht mit Mitglied identisch, z.B. Ehefrau)**

Name: ......................................................................................................................................

Vorname: .................................................. Strasse, Nr.:..........................................................

PLZ: ....................... Ort: ..........................................................................................................

Telefon/Mobile:.......................................................Email: ...................................................

**GEGENPARTEI**

Name/Firma: ............................................. Vorname: ..............................................................

Strasse, Nr..: .............................................................................................................................

PLZ: .......................... Ort:........................................................................................................

Telefon/Mobile:.................................................Email: ...................................................

**SCHADENEREIGNIS**

Datum: ......................... Uhrzeit: ………….Genauer Ort: ......................................................

**BESCHREIBUNG des RECHTSSTREITS (Unterlagen, Korrespondenzen, etc. beilegen)**

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

**SIND SIE NOCH DURCH EINE ANDERE RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG GEDECKT?**

NEIN JA Durch welche?....................................................................................

**KOMMUNIKATION PER E-MAIL**

Für die Fallbearbeitung ist es unter Umständen nötig, dass wir mit Ihnen per E-Mail kommunizieren. E-Mail ist eine unverschlüsselte Kommunikation. D.h. während dem Transport ist der Inhalt theoretisch lesbar. Das Risiko ist aber relativ klein und wir erachten, dass Ihnen in diesem Fall dadurch keine Probleme entstehen. Die Kommunikation per E-Mail beschleunigt die Bearbeitung Ihres Falles. Stimmen Sie der Kommunikation mit Ihnen und Dritten per E-Mail zu?

[ ]  JA [ ]  NEIN

 Mitgliedernummer:

**DATENSCHUTZBESTIMMUNG**

Les Routiers Suisses sowie die CAP behandeln die Daten der Versicherten absolut vertraulich und beachten bei der Bearbeitung und Aufbewahrung der Personendaten die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und seiner Verordnung. Die Daten werden nur für die gewünschten Zwecke genutzt (z.B. Erstellen einer Offerte/Police oder Zustellung von Unterlagen) und nicht an Dritte weitergegeben. Um einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können und die Kosten zu optimieren, werden die Dienstleistungen der CAP teilweise durch rechtlich selbständige Unternehmen im In- und Ausland erbracht. Es kann sich um Konzerngesellschaften der Allianz Gruppe oder um Kooperationspartner handeln. Im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses ist die CAP auf die konzerninterne wie auch konzernexterne Weitergabe der Daten ihrer Versicherten angewiesen. Im Zusammenhang mit Produktoptimierungen bearbeitet die CAP die Daten für interne Marketingzwecke. Die Versicherten haben ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung ihrer elektronisch gespeicherten oder im Dossier abgelegten Daten.

**BERUFSGEHEIMNIS (nur Berufs-Rechtsschutz)**

Zur Unterstützung der Mitglieder, zur Qualitätssicherung und zu Ausbildungszwecken wird Les Routiers Suisses (LRS) ein jederzeitiges (digitales) Einsichtsrecht in Ihren Berufs-Rechtsschutzfall bei der CAP Rechtsschutz (CAP) gewährt. Dies umfasst auch Dokumente und Informationen, die erst nach der Übermittlung des Falles an die CAP eingehen (z.B. Korrespondenz mit Ihrem Anwalt oder Gerichten). Damit die CAP diese Einsicht an LRS gewähren kann, bitten wir Sie hiermit zu bestätigen, dass Sie die CAP im vorliegenden Fall ausdrücklich vom Berufsgeheimnis befreien. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie diese Entbindungserklärung jederzeit, auch während eines laufenden Falles, bei der CAP widerrufen können.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden

Ort / Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte keine Originaldokumente beilegen, nur Kopien.**

**Bitte nicht zusammenheften! Danke**