PHONAK life is on

Allianz

Formular drucken

# Phonak Versicherung

## Schadenformular

Name / Vorname
Anschrift:

Adresse Akustiker

**Betroffenes Hörgerät / FM System / Zubehör**

Hörgeräteversorgungsseite: links: rechts:

Hörgerät Serien Nummer:

Roger- / FM System / Zubehör Serien Nummer(n):

**Kaufpreis:**

**Kaufdatum:**

**Betriebsjahr:**

- ◯ Anpassung (10% Selbstbeteiligung)
- ◯ 1 Jahr (10% Selbstbeteiligung)
- ◯ 2 Jahre (20% Selbstbeteiligung)
- ◯ 3 Jahre (30% Selbstbeteiligung)
- ◯ 4 Jahre (40% Selbstbeteiligung)

**Selbstbeteiligung:**

**Schadenereignis:**

- ☐ Beschädigung (irreparabler Schaden)
- ☐ Verlust durch Diebstahl
- ☐ Verlust durch Abhandenkommen /Verlieren

**Schadendatum / -ort:**

**Schadenhergang**

**Was wurde unternommen, um das Hörgerät(e) / Zubehör wieder zu finden (Verlust)?**

☐ Wurde der Verlust der Polizei gemeldet? Datum: Polizeistation / Kontaktperson:

☐ Wurde der Schadenfall anderen Stellen gemeldet (zB. Fundbüro)? Datum: Meldung an:

Ort: Datum: Unterschrift Versicherter:

**Beilagen:**
- **Kopie der Versicherungsbestätigung (inkl. Beleg für Bezahlung der Versicherungsprämie)**
- **Kopie Kaufbeleg des Hörgerätes / Roger- / FM Systems / Zubehörs**
- **Kopie Verlustmeldung Polizei oder Schadenmeldung anderer Stellen (zB. Fundbüro)**