

**ALLGEMEINE INFORMATIONEN**

**Versicherer:** **FOYER ASSURANCES S.A.**  
12, rue Léon Laval,  
L-3372 Leudelange

**Aussteller der Karte:** **POST LUXEMBOURG**  
20, rue de Reims,  
L-2417 Luxemburg

**Inhaber der Karte:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

**Art der Karte, die der Inhaber zum Zeitpunkt des Schadensfalls besitzt (bitte das entsprechende Kästchen ankreuzen):**

**VISA Classic**       **VISA Gold**

Nummer der Karte          -     -     -    **Versicherter:**• Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_• Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_• Geburtsdatum:   /   /   

• Telefon privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_

• E-Mail: \_\_\_\_\_

**ERSTATTUNG**

Erstattung (siehe die Bedingungen der Versicherungspolice)

Nummer Ihres Kontos bei der BANQUE POST  
LUXEMBOURG \_\_\_\_\_

(IBAN) \_\_\_\_\_

• SWIFT (BIC)      CCPLLULLXXX

**SCHADENSFALL**  
**(vom Inhaber der Karte auszufüllen)**

Datum des Schadensfalls/Schadens: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ort und Umstände des Schadensfalls/Schadens:

---

---

Beschreibung:

---

---

---

---

Möglichkeiten des Ausgleichs und bereits unternommene Maßnahmen:

---

---

---

---

Besteht ein Direktanspruch/ein Recht auf Einziehung von Forderungen gegenüber einem Dritten?

---

---

Sind Sie selbst diesbezüglich tätig geworden?

---

---

---

**Schutz der personenbezogenen Daten**

Gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr erlaubt es der Inhaber einer Karte Foyer Assurances, die Daten, die er an Foyer Assurances weitergegeben hat bzw. zu einem späteren Zeitpunkt weitergeben wird, zu speichern und zu verarbeiten, um die Risiken einzuschätzen, den Versicherungsvertrag/die Versicherungsverträge vorzubereiten, zu erstellen, zu verwalten und zu erfüllen und um eventuelle Schadensfälle zu regulieren und jeglichen Betrug zu verhindern.

Diese Daten werden nicht zu Werbezwecken verarbeitet. Die Datenverarbeitung zu Werbezwecken erfolgt immer nur mit Zustimmung der betroffenen Person. Letztere behält ein Recht auf Rücknahme der Einwilligung und kann der Verarbeitung ihrer Daten zu solchen Zwecken, die nicht mit den Produkten in Verbindung stehen, für die sie aktuell einen Vertrag abgeschlossen hat, oder zu Zwecken des Direktmarketings jederzeit widersprechen.



Der für die Datenverarbeitung Verantwortliche ist Foyer Assurances. Foyer Assurances ist berechtigt, diese Daten in den Fällen und gemäß den Modalitäten und Bedingungen an Dritte weiterzugeben, die in Artikel 300 des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor, in dem die Geheimhaltungspflicht im Versicherungswesen verankert ist, aufgeführt sind.

Der Inhaber einer Karte hat das Recht, seine Daten einzusehen und berichtigen zu lassen; dieses Recht kann er ausüben, indem er einen schriftlichen Antrag an die Adresse des für die Datenverarbeitung Verantwortlichen richtet.

Die Dauer der Speicherung der Daten ist auf die Laufzeit des Versicherungsvertrags und auf den Zeitraum begrenzt, in dem die Speicherung der Daten erforderlich ist, damit Foyer Assurances seine Pflichten bezüglich der Verjährungsfristen bzw. andere gesetzliche Verpflichtungen erfüllen kann.

Gemäß den Rechtsvorschriften verarbeitet Foyer Assurances nicht die besonderen Kategorien personenbezogener Daten und hier insbesondere nicht die sensiblen Daten wie zum Beispiel jene betreffend die Gesundheit. Wenn solche Daten insbesondere zu Zwecken des Schadensersatzes verarbeitet werden müssen, wird immer Ihre vorherige und ausdrückliche Zustimmung eingeholt, es sei denn es liegen gesetzliche Ausnahmen vor, wie zum Beispiel der Schutz der lebenswichtigen Interessen oder der Schutz eines berechtigten Interesses.

Foyer Assurances S.A. hat einen Data Protection Officer ernannt, zu dem per Post an die Adresse des für die Verarbeitung Verantwortlichen oder auf elektronischem Wege (dataprotectionofficer@foyer.lu) Kontakt aufgenommen werden kann.

#### **Erklärung des Versicherten**

**Der Unterzeichnete erklärt, dass er die Fragen korrekt beantwortet hat und dass alle gemachten Angaben richtig sind. Der Unterzeichnete bestätigt ferner, dass keine Informationen in Verbindung mit dem Schadensfall und den Umständen, die ihn verursacht haben, weggelassen wurden.**

**Datum + Unterschrift des Versicherten**

**Die Bearbeitung Ihres Falls ist möglich nachdem ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular für die Schadensmeldung, die Rechnungen im Original und die notwendigen Belege eingegangen sind.  
Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular sowie alle erforderlichen Dokumente so schnell wie möglich per Post an folgende Anschrift: FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.**

**BELEGE – EINKAUFSSCHUTZ****VISA Classic** | **VISA Gold****Genauere Umstände:**

Bei einem Diebstahl:

- Datum der Meldung des Diebstahls bei der örtlichen Behörde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
- Adresse der örtlichen Behörde \_\_\_\_\_
- Nummer des Protokolls der Anzeige \_\_\_\_\_

Kaufpreis des gestohlenen bzw. beschädigten Gegenstands: \_\_\_\_\_ EUR

Datum des Kaufs bzw. der Lieferung des Gegenstands: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind:**

- Protokoll der Anzeige
- Rechnung, Kassenbon oder jedweder Beleg, die bzw. der es ermöglicht, den versicherten Gegenstand zu identifizieren und seinen Kaufpreis und das Kaufdatum festzustellen
- Kopie der Visa-Abrechnung, die die Bezahlung des versicherten Gegenstands mit Ihrer von BANQUE POST LUXEMBOURG ausgestellten Visa-Karte belegt
- Bei einem Unfallschaden der Kostenvoranschlag oder die Originalrechnung für die Reparatur mit einer Bescheinigung des Verkäufers, in der die Art der Schäden angegeben ist und gegebenenfalls bestätigt wird, dass eine Reparatur nicht möglich ist

**Erklärung des Versicherten**

Der Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig und korrekt sind und ausschließlich mit dem Schadensfall in Verbindung stehen und dass die Kosten gegenüber keiner anderen Gesellschaft geltend gemacht wurden. Hiermit bevollmächtigt der Unterzeichnete die Gesellschaft, die Kosten bei einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

**Datum + Unterschrift des Versicherten**

**Die Bearbeitung Ihres Falls ist möglich nachdem ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular für die Schadensmeldung, die Rechnungen im Original und die notwendigen Belege eingegangen sind.  
Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular sowie alle erforderlichen Dokumente so schnell wie möglich per Post an folgende Anschrift: FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.**