

Schadenanzeige Sachschaden

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Versicherungsmakler Thomas Müller

Bergstraße 16 09488 Thermalbad Wiesenbad
 Fon: (03733) 555444 Fax: (03733) 555442
 Email: Versicherungsmakler-Mueller@t-online.de
 Internet: www.versicherungsmakler-thomas-mueller.de

BETRIFFT

| | | | | |
|--|-------------------------|------------|---------------|-------|
| | Versicherungsschein-Nr. | Schadentag | Durchwahl-Nr. | Datum |
|--|-------------------------|------------|---------------|-------|

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Angaben | Wann trat der Schaden ein? am _____ um _____ Uhr | Schadenort (PLZ, Ort, Straße und Nr.) | | <input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Erdgeschoss <input type="checkbox"/> Obergeschoss | |
| | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung | Sind Sie Mieter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sind Sie Eigentümer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wohnfläche in m ² | |
| | Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen? | | | ggf. Name und Anschrift | |
| | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | | |
| | Haben Sie bei der Polizei Anzeige erstattet? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am _____ Anschrift der Dienststelle _____ Tagebuch-Nr. _____ | | | | |
| | Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? (z.B. Kasko-, Reisegepäck- oder Valoren-Versicherung) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Versicherungscheinnummer und Gesellschaft _____ | | | | |
| | Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift) | | | | |
| | Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung? | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Versicherungscheinnummer und Gesellschaft _____ | | | | | |
| Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt? | | | Sind Sie tagsüber telefonisch erreichbar? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Telefon _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Feuer | Bei Brand-, Blitzschlag- und Explosionsschäden bitte nur die Schadenschilderung ausfüllen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Einbruch Diebstahl | Sind Einbruchmerkmale Vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Welche? | | Welche Mittel haben die Täter zum öffnen verwendet? | |
| <input type="checkbox"/> Einbruch in Kfz | Art des Kraftfahrzeuges <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> LKW | War das Kfz zur Tatzeit verschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wo befand sich das Kfz? <input type="checkbox"/> bewachter Parkplatz <input type="checkbox"/> verschlossener Hofraum | Seit wann und zu welchem Zweck stand es am Tatort? | |
| <input type="checkbox"/> Raub | Bitte nur die Schadenschilderung ausfüllen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | An welcher Anlage ist der Schaden entstanden? <input type="checkbox"/> Zuleitung <input type="checkbox"/> Ableitung innerhalb des Gebäudes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Heizung <input type="checkbox"/> Ableitung außerhalb des Gebäudes | | | | |
| Haben Sie bereits einen Installateur beauftragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift und Telefon _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sturm | Entstanden auch in der näheren Umgebung Sturmschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Haben Sie bereits einen Dachdecker / Reperaturfirma beauftragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift und Telefon _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch | Welcher Art ist die Beschädigung? <input type="checkbox"/> Bruchschäden <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Oberflächenbeschädigung | | Wurde eine Scheibe gleicher Art eingesetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls nein: Was wurde ggf. geändert? | | |
| Wo befand sich die beschädigte Scheibe? (z.B. Haustüre, Wohnzimmerfenster, Wandspiegel usw.) | | | | | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schaden-schil-derung | |
|---|--|

| Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (Bitte bewahren Sie die beschädigten Sachen auf) | Anschaffungs-Datum | | Preis in € | Reperatur-kosten in € | Restwert in € | Ersatzanspruch in € |
|---|--------------------|------|------------|-----------------------|---------------|---------------------|
| | Monat | Jahr | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ich wünsche die Entschädigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

per Verrechnungsscheck per Überweisung

| | | | |
|--|---------------------------------|--------------|--------------|
| Postgiro-, Bank- / Sparkassen-Kto.-Nr. | Name und Ort des Geldinstitutes | Bankleitzahl | Kontoinhaber |
|--|---------------------------------|--------------|--------------|

Bewußt wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben führen zum Verlust Ihres Anspruchs auf Versicherungsschutz, selbst wenn unserer Versicherungsgesellschaft kein Nachteil entsteht.

_____ (Datum)

_____ (Unterschrift)

Hinweis unseres Vermittlers

| | | | |
|--|--|--|--|
| Die beschädigten Sachen habe ich gesehen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Die Versicherungssumme ist ausreichend <input type="checkbox"/> Die Vers.-Summe entspricht nicht dem jetzigen Stand, ausreichend wären: € | Der Vertrag wurde neu geordnet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am | telefonisch bin ich tagsüber erreichbar: |
|--|--|--|--|