

Sach-Schadenanzeige

für Versicherer:

Vers.-Nr.:

Schaden-Nr. Versicherer:

Schadenanzeige zur: Hausrat-Versicherung
 Glas-Versicherung

Gebäude-Versicherung
 BU-Versicherung

Inhalts-Versicherung
 Sonstige

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Schadentag Uhrzeit

Schadenort

Konto für Entschädigungen

Konto-Inhaber

Geldinstitut

BLZ

Kto.-Nr.

Vorsteuerabzugsberechtigt:

ja nein

Betroffene Gefahr

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brand | <input type="checkbox"/> Blitzschlag | <input type="checkbox"/> Überspannung | <input type="checkbox"/> Explosion |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Sturm | <input type="checkbox"/> Glasbruch | <input type="checkbox"/> BU |
| <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl | <input type="checkbox"/> Beraubung | <input type="checkbox"/> Fahrradentwendung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Polizeiliche Meldung erfolgt:

ja nein

Dienststelle

Telefon

Tageb.-Nr./Aktenz.

Schadenverursacher

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Haftpflicht-VR

VS-Nr.

Schd.-Nr.

Vereinbarungen

- Schadenaufstellung folgt
 Kostenvoranschlag folgt
 zur polizeil. Meldung aufgefordert
 Aktenzeichen der Polizei, StA angefordert
 Sonstiges

Allgemeine Fragen

Bei Schäden an Gebäuden: Art und Umfang der Wiederherstellung

Welche Maßnahmen zur Minderung des Schadens wurden eingeleitet?

Das vom Schaden betroffene Gebäude/der Raum/die Wohnung/war am Schadentag:

bezugsfertig

bewohnt

benutzt

nicht bezugsfertig

unbewohnt

unbenutzt

Sind in das Gebäude eingebrachte Sachen (z.B. Fußbodenbelag, Tapeten, Anstriche) beschädigt?

ja

nein

Wer hat diese Sachen auf seine Kosten angeschafft oder übernommen und trägt das Risiko?

Gebäudeeigentümer

Mieter

Wurde die Übernahme dieser Sachen nach Ende der Mietzeit vereinbart?

ja

nein

Wie ist der Fußbodenbelag verlegt?

ganzflächig verklebt

lose

Um welchen Belag handelt es sich? Auf welchem Untergrund? (z.B. Estrich, Holzdielen, Steinfußboden) ist er verlegt?

Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (bitte Belege beifügen):

| Lfd. Nr. | Anzahl | Bezeichnung der Gegenstände | entwendet | zerstört | beschädigt | Anschaffungsdatum | Wiederbeschaffungspreis | Geschätzte Reparaturkosten |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte eine Auflistung beifügen!

Schadenhergang:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer