

Gesellschaft: _____

SCHADENANZEIGE

Feuer/Leitungswasser/Sturm/Glasbruch/Überspannung Vers.-Schein-Nr: _____

Brand <input type="checkbox"/>	Explosion <input type="checkbox"/>	Sturm <input type="checkbox"/>	Überspannung durch Blitz <input type="checkbox"/>
Blitzschlag <input type="checkbox"/>	Leitungswasser <input type="checkbox"/>	Glas <input type="checkbox"/>	

Tag und Stunde des Schadens	Datum	Uhrzeit	oder sonstige Angaben zur Schadenzeit (z.B. Zeitpunkt d. Feststellung)
Schadenort	Straße, PLZ, Ort		

1. Feuerschäden

Brand <input type="checkbox"/>	Wo ist das Feuer entstanden und worauf hat es übergegriffen? Wie und womit wurde es gelöscht?	
Blitzschlag <input type="checkbox"/>	An welcher Stelle erfolgte der Blitzeinschlag und welche Einschlagspuren sind entstanden?	Nur elektrische Geräte betroffen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Explosion <input type="checkbox"/>	Von welcher Stelle/Sache ist die Explosion ausgegangen? Welche Spuren hat die Druckwelle hinterlassen?	

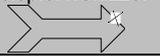
2. Leitungswasserschäden

Wo ist Wasser ausgetreten?	Kaltwasser-Zuleitungsrohr <input type="checkbox"/> Warmwasser-Versorgungsrohr <input type="checkbox"/> Heizungsrohr <input type="checkbox"/> Abwasserrohr <input type="checkbox"/>	innerh. <input type="checkbox"/> außerh. <input type="checkbox"/> des Gebäudes innerh. <input type="checkbox"/> außerh. <input type="checkbox"/> des Grundstücks	Wo genau?
	Heizkörper <input type="checkbox"/> Waschmaschine <input type="checkbox"/> Heizkessel <input type="checkbox"/> Geschirrspülma. <input type="checkbox"/> Badewanne <input type="checkbox"/> Klimaanlage <input type="checkbox"/>	Maschinenanlage <input type="checkbox"/> Sprinkleranlage <input type="checkbox"/> Schlauch <input type="checkbox"/>	Sonstiges
Ursache?	Bruch <input type="checkbox"/> Platzen <input type="checkbox"/> Frost <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Materialfehler <input type="checkbox"/> Überlaufen <input type="checkbox"/>	Rückstau <input type="checkbox"/> (nicht infolge von Witterungsniederschlägen)	Abrutschen eines Schlauches von Spülmaschine <input type="checkbox"/> Lw-Zuleitungsanlage <input type="checkbox"/>
	Sonstige Ursachen		War das Gebäude bezugsfertig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bei Gebäude -Leitungswasser-Versicherungen	Sind die Räume vermietet? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Name und Anschrift des Mieters	
	Besteht für diesen Mieter eine Hausrat-Leitungswasser-Versicherung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Versicherungsschein-Nr.
	Name und Anschrift der Gesellschaft		
Bei Hausrat -Leitungswasser-Versicherungen	Sind die Räume gemietet? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Name und Anschrift des Vermieters	
	Besteht seitens des Vermieters eine Gebäude-Leitungswasser-Versicherung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Versicherungsschein-Nr.
	Name und Anschrift der Gesellschaft		
Falls Fußboden beschädigt:	Hat der Mieter ihn auf eigene Kosten eingebracht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Art der Verlegung: auf Estrich/Beton <input type="checkbox"/> auf anderem Untergrund <input type="checkbox"/>	fest verklebt <input type="checkbox"/> lose gespannt <input type="checkbox"/> zum ständigen Verbleib <input type="checkbox"/> zum späteren Mitnehmen <input type="checkbox"/>
Bei gewerblichen Risiken	Wurden vom Schaden betroffene Sachen unter Erdgleiche (z.B. im Keller oder Souterrain) gelagert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Unmittelbar auf dem Fußboden <input type="checkbox"/> in Regalen o. ähnl. über dem Fußboden <input type="checkbox"/>
Waren die Räume zur Schadenzeit	bewohnt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	leerstehend? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	beheizt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

3. Sturmschäden

Windstärke 8 oder stärker erwiesen? ja <input type="checkbox"/>	Wenn nicht erwiesen: Sind in der näheren Umgebung Sturmschäden an einwandfrei beschaffenen Gebäuden oder ebenso widerstandsfähigen anderen Sachen eingetreten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Schäden durch Hagel? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
War das Gebäude bezugsfertig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Schäden an außen angebrachten Sachen verursacht worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind diese Sachen mitversichert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung vereinbart? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welcher Höhe? €

4. Glasbruch

Für Haushalt und Gewerbe		Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/>		Zu welchem Raum gehört die beschädigte Scheibe?							
Positions-Nr. des Glasverzeichnisses	Breite x Höhe	Glasart: (auch Angabe, ob gebogen, ob Fläche belegt, mattiert, geätzt; ob Kanten poliert, facettiert, justiert u.a.)	Verwendungsart: (z.B. Schaufenster, Tür, Ladentischplatte, Spiegel, Firmenschild, Transparent, usw.)	Ist eine Vers.-Summe vereinbart? Wie hoch?	Holzrahmen	Metallrahmen	Holzrahmen mit Metalldeckleiste	Kunststoffrahmen	rahmenlos	Ganzglas-konstruktion	
Höhe: _____ cm			Bei gebogenen Scheiben, welche Biegekategorie? (Bitte vom Glaser angeben lassen)								
Breite: _____ cm			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>								
Leuchtröhrenschäden Welche Teile der Leuchtröhrenanlage sind beschädigt?		Beispiel f. Skizze: 		Bruchstellen der beschädigten Röhren durch "X" kennzeichnen					Art der Stromspannung?		
									Hochspannung <input type="checkbox"/> Niederspannung <input type="checkbox"/>		

5. Ursache und Hergang des Schadens

Genaue Schilderung des Schadenhergangs. (Bitte hier ausführlich weiter berichten, soweit nicht aus Ziffer 1-4 ersichtlich)	
---	--

6. Weiterführende Fragen

Wann wurde die Gesellschaft bzw. der Makler erstmals vom Schaden unterrichtet?	Datum	Uhrzeit	ggf. Name des Maklers			
Wann wurde d. Schaden der Polizei gemeldet? Nur erforderlich bei Brand, Explosion	Datum	Uhrzeit	Polizeidienststelle	Aktenzeichen		
Sind Maßnahmen zur Minderung des Schadens möglich?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Folgende Maßnahmen wurden/werden ggf. ausgeführt				
Wer ist der Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?	Name		Ist der Eigentümer Mieter?	Lebt der Eigentümer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?		
			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Besteht für die vom Schaden betroffenen Sachen Versicherungsschutz noch bei einer anderen Gesellschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf., welcher Art/Gesellschaft	Versicherungsschein-Nr.	Vers.-Summe €		
Erlitten Sie bereits Brand-, Blitz-, Explosions-, Lw-, Sturm- oder Glasschäden? Ggf. wann und von welchem Versicherer entschädigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schadenhöhe €	Schadentag	Schaden reguliert durch Vers.-Ges.		
Falls der Schaden durch einen Dritten verursacht wurde: Besteht für diesen eine Haftpflichtversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Name und Anschrift des Schädigers				
Wurde der Schaden dem Haftpflichtversicherer bereits angezeigt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Name der Gesellschaft		Versicherungsschein-Nr.		
Nur bei Hausratschäden zu beantworten	Mietwohnung <input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung <input type="checkbox"/>	Einfamilienhaus <input type="checkbox"/>	besteht aus Räumen	Wohnfläche qm	zum Haushalt gehören Personen
Ist der Vertrag auf dem neuesten Stand?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wird mit Ersatzantrag/Veränderungsanzeige umgestellt <input type="checkbox"/>				

7. Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen

lfd. Nr.	Anzahl	Bezeichnung der Gegenstände	zerstört beschädigt	Anschaffungsjahr	Neuwert €	Zeitwert €	Schadenhöhe €

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	Sind die in der Aufstellung genannten Preise mit oder ohne Mehrwertsteuer aufgeführt?		mit MwSt. <input type="checkbox"/>		ohne MwSt. <input type="checkbox"/>	
Die Entschädigung bitte ich auf mein Konto zu überweisen <input type="checkbox"/>	Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.			
Die Entschädigung bitte ich per Scheck abzurechnen <input type="checkbox"/>						

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers