

Schadenanzeige Gebäudeversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Feuerschaden Wasserschaden Glasschaden Diebstahl Haftpflicht

Versicherungsnehmer

Anrede / Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>		Arbeitgeber / Beruf	<input type="text"/>
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>		PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>
			IBAN	<input type="text"/>
			MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MWST-Nummer	<input type="text"/>
Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bestehen noch andere Versicherungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	<input type="text"/>		Gesellschaft	<input type="text"/>
			Policennummer	<input type="text"/>

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Strasse, Nr	<input type="text"/>		Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen	
Stockwerk, Raum	<input type="text"/>		Durch wen?	<input type="text"/>
Land, PLZ, Ort	<input type="text"/>		(Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	

Hergang

Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserschaden

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?

Ist jemand für den Schaden verantwortlich? nein ja, wer?

Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden?

Haftpflichtschaden

Sind Sie rechtsschutzversichert?

 ja nein

Gesellschaft

Ihre Ansicht zur Schadenursache:

- Mangelhaftes Betriebsmaterial, fehlerhafte Einrichtungen
- Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte
- Verschulden einer Drittperson

Verschulden des Geschädigten

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Begründung

Ergänzungsfragen

Sind die Geschädigten mit dem Versicherungsnehmer oder mit der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat verwandt?

 ja nein

Verwandschaftsgrad

Standen die Geschädigten im Dienste des Versicherungsnehmers oder der Person, die das Schadenereignis herbeigeführt hat?

 ja nein

In welcher Eigenschaft?

Standen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte im Dienste der Geschädigten?

 ja nein

In welcher Eigenschaft?

Sind vom Geschädigten bereits Ansprüche erhoben worden

 ja nein

In welcher Höhe?

Verletzung oder Tötung von Personen

Anrede

Telefon G / Telefon P

Name, Vorname

Mobile

Strasse, Nr

E-Mail

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Worin besteht die

Geburtsdatum / Zivilstand

Beruf

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

wie?

Versicherer / Krankenkasse

Anrede

Telefon G / Telefon P

Name, Vorname

Mobile

Strasse, Nr

E-Mail

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Worin besteht die

Geburtsdatum / Zivilstand

Verletzung?	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert	
		wie?	<input type="text"/>
		Versicherer / Krankenkasse	<input type="text"/>

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sache, auch von Tieren

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>

Gegenstand	<input type="text"/>	Standort	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>	Schätzung Schadenhöhe	<input type="text"/>
Name des Eigentümers	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	MWST-Nummer	<input type="text"/>

Diebstahl

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?
 nein ja, wo?

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Betriebsunterbrechung oder Mietertragsausfall

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch eine Betriebsunterbrechung oder ein Mietertragsausfall? ja nein

Ist dieser versichert? ja nein

Gesellschaft	<input type="text"/>
Policennummer	<input type="text"/>

Schäden an Gebäuden

Stock	Raum	Art des Schadens, notwendige Reparaturarbeiten	Rep. Kosten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wer wird die Reparatur ausführen?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
Gebäudeeigentümer	<input type="text"/>			

Schadenaufstellung bewegliche Sachen

Geräte, Materialien usw. / Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	gekauft bei	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eigentümer der betroffenen Sachen:

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
betroffene Sache	<input type="text"/>			

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
betroffene Sache	<input type="text"/>			

Glasschäden

Anzahl	Genauere Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wer wird die Reparatur ausführen?

Name, Vorname Telefon G / Telefon P

Strasse, Nr. Mobile / Fax

PLZ, Ort E-Mail

Eigentümer der beschädigten Gläser

Name, Vorname Telefon G / Telefon P

Strasse, Nr. Mobile / Fax

PLZ, Ort E-Mail

Eigentümer der beschädigten Gläser

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wird der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
