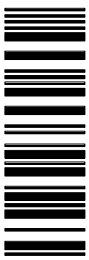


# Schadenanzeige für Schäden durch

- |   |  |                                    |   |  |
|---|--|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Feuer              | <input type="checkbox"/> Blitzschlag       | <input type="checkbox"/> Induktion | <input type="checkbox"/> Feuer: Mehrkosten / Ertragsausfall | <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung durch F, ED, LW, ST |
| <input type="checkbox"/> Einbruch-diebstahl | <input type="checkbox"/> Elementarereignis | <input type="checkbox"/> Raub      | <input type="checkbox"/> Fahrrad-diebstahl                  | <input type="checkbox"/> Diebstahl aus Kfz                         |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser     | <input type="checkbox"/> Vandalismus       | <input type="checkbox"/> Sturm     | <input type="checkbox"/> Glasbruch                          | <input type="checkbox"/> Weidetierdiebstahl                        |
|   |  |                                    |   | <input type="checkbox"/> Feuer: Mietverlust                        |

<b>Versicherungsnehmer/in</b>  <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> ohne Anrede	Zu- und Vorname	Schadennummer	Vertrauensmann/-frau - Nr.
	Straße / Hausnummer	ApNr. Versicherungsschein-Nummer	
	Postleitzahl Ort	Geburtsdatum Staatsangehörigkeit deutsch <input type="checkbox"/> ja Andere Nationalität:	
	Private Tel.-Nr. (mit Vorwahl) und (falls vorhanden) Telefax oder dienstliche Nummer	Berufliche Tätigkeit Selbständig? <input type="checkbox"/> nein..... <input type="checkbox"/> ja	
<b>Zahlungsadresse</b>	Eventuelle Zahlungen erbeten an:		
<b>Allgemeine Fragen</b>	Wie hoch schätzen Sie den eingetretenen Schaden? _____ € Kostenbelege (Rechnungen etc.) sind <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht mehr <input type="checkbox"/> nachgereicht werden		
	Wann trat der Schaden ein? Tag _____ Uhr _____ Wann wurde er zuerst bemerkt? Tag _____ Uhr _____ Von wem? _____		
	Wann erfolgte die Anzeige des Schadens bei der Polizei? _____ genaue Anschrift der Polizeidienststelle: _____ Aktenzeichen: _____ Datum _____		
	Liegt bereits ein Ermittlungsergebnis vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name des ermittelnden Beamten _____		
	Wo ereignete sich der Schaden? (Land, Ort, Raum, Stockwerk, Boden, Keller, Waschküche, Garage, eingefriedetes Versicherungsgrundstück, verschlossener Hofraum, bewachter Parkplatz etc.) _____		
	<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienwohnung <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
	Befanden sich die Sachen ständig oder nur vorübergehend dort? <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> vorübergehend, in der Zeit von _____ bis _____		
	Das vom Schaden betroffene Gebäude / der Raum / die Wohnung war am Schadentag <input type="checkbox"/> bezugsfertig <input type="checkbox"/> nicht bezugsfertig <input type="checkbox"/> benutzt <input type="checkbox"/> unbenutzt <input type="checkbox"/> bewohnt <input type="checkbox"/> unbewohnt seit _____		
<b>Wie hat sich der Schaden zuge-tragen?</b>  <b>Bekannte oder mutmaßliche Ursache?</b>  (Bitte in jedem Fall ausführlich schildern, ggf. auf besonderem Blatt)	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	Welche Maßnahmen wurden zur Schadenminderung von Ihnen getroffen? _____		



<b>Fortsetzung: Allgemeine Fragen</b>	Sind Sie von einem gleichen Schaden schon früher betroffen worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Datum: _____ Entschädigung _____ €
	Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art _____ (z.B. gleichartige Versicherung, Kfz.-Vers., Reisegepäck-, Schmucksachen und Fahrradversicherung) Gesellschaft _____ Versicherungsnummer _____ Versicherungssumme _____ Ersatzensprüche sind <input type="checkbox"/> dort gestellt
	Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen? <input type="checkbox"/> Vers.-Nehmer <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Sonstige Name / Anschrift: _____
	Lebt der Eigentümer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Leitungswasser</b>	Wo ist das Wasser ausgetreten? (Raum, Stockwerk [Name des Mieters] oder außerhalb des Gebäudes, Grundstücks) _____ _____
	An welcher Anlage ist der Schaden entstanden? <input type="checkbox"/> Kaltwasser <input type="checkbox"/> Warmwasser <input type="checkbox"/> Abwasser <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> sonstige _____
	Auf wessen Kosten wurde die Anlage erstellt? <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Hauseigentümer <input type="checkbox"/> sonstige _____
	Welche eigenen Sachen wurden beschädigt? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Waren / gewerbliche Einrichtungen <input type="checkbox"/> Gebäude
	Welche fremden Sachen wurden beschädigt? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Waren / gewerbliche Einrichtungen <input type="checkbox"/> Gebäude
	Name und Anschrift des Eigentümers _____
	Sind auch Sachen des Mieters / Gebäudeeigentümers vom Schaden betroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für _____ Waren / gewerbliche Einrichtung <input type="checkbox"/> Gebäude Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ Anschrift _____
<b>Sturm</b>	Sind auch in der näheren Umgebung Sturmschäden eingetreten? (Zeitungsberichte beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche? _____
	Wurde bereits mit der Wiederherstellung begonnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn nein, warum nicht? _____
	Haben Sie Maßnahmen zur Abwendung einer Schadenausweitung vorgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche? _____
	Wurde eine Antenne beschädigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Radio-/Fernsehantenne <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Einzelantenne <input type="checkbox"/> Gemeinschafts-Antenne Anschaffungsjahr _____
	Sind beschädigte Scheiben gegen Glasbruch versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wenn ja, wo?) _____ Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____ Anschrift _____
<b>Glasbruch</b>	Angaben über die vom Schaden betroffene Scheibe Glasart _____ Größe _____ cm x _____ cm
	Art der Scheibe <input type="checkbox"/> gewölbt <input type="checkbox"/> bearbeitet <input type="checkbox"/> Holzrahmen <input type="checkbox"/> Metall- / Kunststoffrahmen <input type="checkbox"/> Ganzglas ohne Rahmen
	Ort der Scheibe Welcher Art ist die Beschädigung? <input type="checkbox"/> Totalschaden <input type="checkbox"/> Oberflächen-schädigung <input type="checkbox"/> Ecksprung <input type="checkbox"/> wie sonst _____

<b>Schadenverursacher</b>	Name und Anschrift des Schadenverursachers			
	Falls der Schaden durch einen Dritten verursacht wurde: Besteht für diesen eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; (wenn ja, wo?) Gesellschaft Vers.-Nr. Anschrift			
<b>Bei Hausrat-schäden</b>	Wieviele Personen gehören zum Haushalt?	Erwachsene	Kinder	Anzahl der Wohn-/Schlafräume Gesamtwohnfläche im qm
<b>Bei Schäden an Bargeld, Wertpapieren, Urkunden, Sparbüchern, Goldmünzen, Barrengold, Schmuck-, Gold- und Silbersachen Briefmarken- und Münzensammlungen</b>	In welchen Behältnissen waren die Sachen aufbewahrt?		Wie waren die Behältnisse verschlossen?	
	Wo befanden sich dazu die Schlüssel?			
	Wie wurden die Behältnisse aufgebrochen und welche Beschädigungen liegen daran vor?			
	Wann wurden die Schmuck-, Gold- und Silbersachen benutzt bzw. getragen? am _____		Wann sollten sie wieder benutzt / getragen werden? am _____	
<b>Bei Schäden an Badewannen, Badeöfen sowie Waschbecken und sonstige wasserführenden Installationen, außerdem an Teppichböden, Holz- / Kunststoffverfäulungen an Decken und Wänden</b>	Wer hat die Sachen angeschafft?			
	Auf wessen Kosten?	Wer trägt heute dafür die Gefahr?	Nehmen Sie die Sachen bei einem evtl. Auszug aus der Wohnung mit?	
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Wurden Teppiche vernichtet oder beschädigt? <input type="checkbox"/> fest verlegt <input type="checkbox"/> lose auf Estrich oder Spanplatten verlegt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, sie waren: <input type="checkbox"/> lose auf anderem Fußbodenbelag verlegt	
<b>Ergänzungsfragen bei:</b>				
<b>Brand</b>	Mußte gelöscht werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; (wenn ja, mit welchen Mitteln?)			
<b>Blitzschlag</b>	Welche Schäden entstanden am Gebäude? _____			
	Wurden nur elektrische Leitungen und Geräte betroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist sonst in der Nähe Blitz-einschlag erkannt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>Einbruch-diebstahl</b>	Sind Einbruchmerkmale sichtbar? (Beschädigung an Wänden, Decken, Fenstern, Türen, Schlössern, Behältnissen etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche _____			
	Welche Mittel haben die Täter zum Öffnen angewandt? <input type="checkbox"/> richtige Schlüssel <input type="checkbox"/> Nachschlüssel <input type="checkbox"/> Gewalt <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____			
	Wodurch ist ggf. die Verwendung von richtigen Schlüsseln / Nachschlüsseln erwiesen? _____			
	Hat die Alarmanlage - sofern vorhanden - angesprochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; (wenn nein, warum nicht?)			
<b>Diebstahl aus Kfz</b>	Art des Kfz <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Anhänger <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar _____			
	War das Kfz zur Tatzeit verschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Seit wann stand es am Tatort? Datum: _____ Uhrzeit: _____	
	War der Gebrauch des Kfz an diesem Tag beendet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wo war das Kfz abgestellt <input type="checkbox"/> abge-schlossene(r) <input type="checkbox"/> nicht abge-schlossene(r) <input type="checkbox"/> Sammelgarage <input type="checkbox"/> Parkhaus, -deck <input type="checkbox"/> bewachter <input type="checkbox"/> unbewachter <input type="checkbox"/> Parkplatz <input type="checkbox"/> Einzelgarage <input type="checkbox"/> Hofraum <input type="checkbox"/> sonstige _____			
<b>Fahrrad-diebstahl</b> <small>(Stets Bescheinigungen des Fundbüros beifügen)</small>	War das Fahrrad zur Tatzeit gesichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wenn ja, wodurch? <input type="checkbox"/> Kettenschloß <input type="checkbox"/> Kabelschloß <input type="checkbox"/> Fahrradschloß <input type="checkbox"/> wie sonst? _____			
	Seit wann stand es am Tatort? Datum: _____		Uhrzeit: _____	
War der Gebrauch des Fahrrades an diesem Tag beendet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

