



Schadenanzeige Feuer

Vermittler-Nr. (Stempel)

Versicherungsnehmer

Name Versicherungsnehmer / in

Versicherungsschein-Nr.

PLZ, Ort

Straße, Haus-Nr.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Schadentag, Datum

Uhrzeit

Schaden-Nr. (vom Versicherer auszufüllen)

Schadensort:

PLZ, Ort

Straße, Haus-Nr.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Bankverbindung für zu leistende Entschädigungen:
Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontoinhaber/in (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Konto-Nr.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Telefon: privat _____ geschäftlich _____

Fax:

Vorsteuerabzugsberechtigung des Anspruchstellers / der geschädigten Person? ja nein

Unverbindliche Schadenhöhe bis 500 € bis 1.000 € bis 2.500 €
 bis 5.000 € über 5.000 € ca. €

Schadenursache?

Brand

Worauf hat der Brand übergegriffen?

Waren Löschmaßnahmen erforderlich?

ja, mit _____ nein

Blitzschlag

Wo hat der Blitz eingeschlagen?

Versicherungsgrundstück

versichertes Gebäude

in der Nachbarschaft (wo genau) _____

sonst: _____

Überspannung durch Blitz

Explosion

Implosion

Verpuffung

Überschallknall

Schadenschilderung / -hergang (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Hausrat, Inhalt)

Anzahl	Gegenstand	Eigentümer	Z, B, A*	Anschaffung Zeitpunkt Monat / Jahr	Neuwert Wiederbeschaf- fungswert	Schaden- bzw Reparaturkosten Reinigungskosten
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

*) Z = Zerstört, B = Beschädigt, A = Abhandengekommen

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Gebäude)

Gebäudeteil	beschädigte Fläche (m ²)	Z, B*	Eigentümer	Art
<input type="checkbox"/> Bedachung	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Pflanne <input type="checkbox"/> Schiefer <input type="checkbox"/> Blech <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Decken / Wände	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Stein <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Decken / Wand- verkleidungen	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Fliesen <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Tapeten	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Mustertapete <input type="checkbox"/> Rohfaser <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	<i>Art des Belages</i>
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	_____	<i>Verlegart</i> <input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> lose
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	_____	<i>Unterboden</i> <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Estrich

*) Z = Zerstört, B = Beschädigt

Wohnen, Sicherheit, Arbeitsablauf ist noch erheblich beeinträchtigt? ja nein

Reparatur ausgeführt? ja nein Reparaturauftrag erteilt? ja nein

von / an Firma: _____ Telefon: _____

Eigentümer des Gebäudes / der Wohnung: VN Dritter (Name, Anschrift) _____

Schadenverursacher (Name, Anschrift) _____

Besteht für die beschädigten Sachen noch anderweitig Versicherungsschutz? ja nein

Falls ja, Name und Anschrift des Versicherers _____ Vers.-Nr. _____

Sämtliche Fragen sind nach bestem Gewissen vollständig und richtig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei Vorsatz führen unvollständige oder unrichtige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Datum Unterschrift Versicherungsnehmer / in Datum Unterschrift Vermittler
