



Schadenanzeige Sturm / Hagel Elementar

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? ja nein

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

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, Wieder- beschaffungswert	Schaden- bzw Reparatur- kosten, Reinigungskosten
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Gebäude)

Schadenstelle Wohnhaus Garage _____

Gebäudeteil	beschädigte Fläche (m ²)	Z, B*	Eigentümer	Art
<input type="checkbox"/> Bedachung	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Pfanne <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"/> Verglasungen	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Isolierglas <input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Tapeten	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Mustertapete <input type="checkbox"/> Raufaser <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Sonstige
Stückzahl				
<input type="checkbox"/> Lichtkuppeln	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Glas
<input type="checkbox"/> Rollläden	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Überdachungen	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Markisen	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Antenne	_____	_____	_____	Art <input type="checkbox"/> Rundfunk- / Fernsehantenne <input type="checkbox"/> Einzelantenne <input type="checkbox"/> Satellitenschüssel <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsantenne <input type="checkbox"/> Funkantenne <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Anschaffungspreis	_____	_____	_____	Verwendung
_____ €	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Einzelantenne <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsantenne

* Z = Zerstört, B = Beschädigt

Sind gleichartige Schäden in der Nachbarschaft zur gleichen Zeit entstanden? ja nein

Ist Regen, Schnee oder Hagel durch nicht geschlossene Fenster oder andere nicht geschlossene Öffnungen eingedrungen? ja nein

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 _____