

## Schadenanzeige Gebäudeversicherung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

**Feuerschaden**     **Wasserschaden**     **Glasschaden**     **Diebstahl**     **Haftpflicht**

### Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Anrede / Titel	<input type="text"/> <input type="text"/>
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>	Vorname, Name	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Nationalität	<input type="text"/>
		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Arbeitgeber / Beruf	<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"/>
Kontaktperson / Funktion	<input type="text"/> <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
erreichbar	<input type="text"/>	Bestehen noch andere Versicherungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
PC- oder Bankkonto	<input type="text"/>	Gesellschaft	<input type="text"/>
IBAN	<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 des Geschädigten

Verschulden Ihrerseits, Ihrer Familienangehörigen, Ihrer Angestellte

Verschulden einer Drittperson

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 Verwandtschaftsgrad

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 Verletzung?  Geburtsdatum / Zivilstand

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals  Beruf

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

wie?

Versicherer / Krankenkasse

Anrede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>	
Strasse, Nr	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>	
Worin besteht die Verletzung?	<input type="text"/>		Geburtsdatum / Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals	<input type="text"/>		Beruf	<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	Genaue 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	<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"/>	
Eigentümer der beschädigten Gläser	<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"/>	
Eigentümer der beschädigten Gläser	<input type="text"/>			

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



---



---