

## Schadenanzeige Geschäftssachversicherung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

Feuerschaden  Wasserschaden  Glasschaden  Diebstahl  Betriebsunterbrechung

### Versicherungsnehmer

Firma  Telefon G / Telefon P    
 Korrespondenzadresse  Mobile / Fax    
 E-Mail   
 PC- oder Bankkonto   
 MWST-pflichtig  ja  nein IBAN   
 MWST-Nummer  Kontaktperson / Funktion    
 erreichbar

### Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)   Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja  nein  
 Strasse, Nr  Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen  
 Stockwerk, Raum  Durch wen?  
 Land, PLZ, Ort  (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?

### 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

Policennummer

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

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