

Versicherungsschein-Nr.

Schadenanzeige – Hausrat/Wohngebäude/Glas

Versicherungsnehmer(in)

Name, Vorname/Firma	
Postanschrift: Straße, Hausnummer	
PLZ	Wohnort
Telefon, Fax, E-Mail	
tagsüber	
Beruf	

- Brand/Blitzschlag/Explosion
- Leitungswasser
- Sturm/Hagel/Elementar
- Glasbruch
- Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus
- Fahrraddiebstahl

Schadenort

PLZ/Ort
Straße, Hausnummer

Wichtige Hinweise

Die beschädigten Gegenstände müssen bis zur vollständigen Regulierung aufbewahrt werden. Bitte deutlich, ausführlich, vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen; vorher die „Schlußerklärung“ beachten. Striche gelten als Verneinung. Bei Beträgen DM oder EUR streichen.

Allgemeine Fragen

Wann ist der Schaden entstanden?	Datum	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>
Wann erhielten Sie davon Kenntnis?	Datum	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>
Wann wurde der Schaden der Polizei gemeldet? (Nur bei Brand, Explosion, Diebstahl und Beraubung zu beantworten)	Datum	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>
	Polizeidienststelle	<input type="text"/>	Tgb.-Nr.	<input type="text"/>
Wieviel Zimmer gehören zur/zum (ohne Küche, Dachboden- und Kellerräume)?	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	Wohnfläche qm	<input type="text"/>
Sind Sie Mieter, Pächter oder Eigentümer?	<input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Pächter	<input type="checkbox"/> Eigentümer	
Waren die Vers.-Räumlichkeiten z. Zt. des Schadeneintritts bewohnt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="text"/>	
Befand sich zum Schadenzeitpunkt eine berechnete Person in den Vers.-Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Wieviel Personen gehören zum Haushalt?	<input type="text"/>			
Wieviel davon sind erwerbstätig?	<input type="text"/>			
Wie hoch schätzen Sie den Neuwert Ihres ges. Hausrats?	EUR	<input type="text"/>		
Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?	<input type="checkbox"/> Vers.-Nehmer <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> sonst.	<input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen	<input type="checkbox"/> Besucher	<input type="text"/> <input type="text"/>
Falls der Schaden nicht am Vers.-Ort eingetreten ist: Seit wann befanden sich die Sachen am anderen Ort und zu welchem Zweck?	seit	<input type="text"/>	Zweck	<input type="text"/>
Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art der Vers.	<input type="text"/>
			Vers.-Schein-Nr.	<input type="text"/>
			Vers.-Summe	<input type="text"/>
			Vers.-Gesellschaft/Anschrift	<input type="text"/>
Wer hat den Schaden verursacht?	Name/Beruf/Alter	<input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Gesellschaft	<input type="text"/>
			Vers.-Nr.	<input type="text"/>
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Wenn ja, für welche der vom Schaden betroffenen Gegenstände?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zusatzfragen Feuer	<input type="checkbox"/> Brand Wo ist das Feuer entstanden und worauf hat es übergegriffen? Wie und womit wurde gelöscht? Haben PVC oder andere Kunststoffe gebrannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welcher Art?
	<input type="checkbox"/> Explosion Von welcher Stelle/Sache ist die Explosion ausgegangen? Welche Spuren hat die Druckwelle hinterlassen?	
	<input type="checkbox"/> Blitzschlag <input type="checkbox"/> Überspannung durch Blitz Wo hat der Blitz eingeschlagen? Welche Spuren hat der Blitz hinterlassen?	<input type="checkbox"/> auf dem Versicherungsgrundstück <input type="checkbox"/> in der Nachbarschaft Entfernung?
Leitungswasserschaden	Aus welcher Anlage – daran angeschlossener Einrichtung – Apparaten/Armaturen – ist das Wasser ausgetreten?	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Abwasserleitung <input type="checkbox"/> Waschmasch./Schlauch <input type="checkbox"/>
	Wo ist das Wasser ausgetreten?	<input type="checkbox"/> innerhalb des Gebäudes, und zwar Stockwerk Raum Benutzer <input type="checkbox"/> außerhalb des Gebäudes
	Wer ist Eigentümer des Gebäudes und bei welcher Gesellschaft besteht eine Gebäude-Leitungswasserversicherung (ggf. erfragen)?	Name und Anschrift Versicherer Vers.-Nr.
	Wer ist Mieter der Wohnung und bei welcher Gesellschaft besteht für diesen eine Hausratversicherung (ggf. erfragen)?	Name Versicherer Vers.-Nr.
Sturm-/Hagel-/Elementarschaden	Wodurch ist erwiesen, daß eine atmosphärisch bedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 vorgelegen hat?	
	Sind auch am Gebäude oder in der Nachbarschaft Sturmschäden entstanden?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, und zwar
	Falls eine Antenne betroffen ist, handelt es sich um eine	<input type="checkbox"/> Gemeinschafts- <input type="checkbox"/> Einzelantenne?
	Waren alle Fenster und Türen ordnungsgemäß verschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Kippstellung
	Weisen Dach, Fenster und/oder Türen Sturmschäden auf?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, und zwar
	Wo ist das Gebäude/der Hausrat gegen Sturmschäden versichert?	Versicherer Vers.-Nr.
Glasbruchschaden	Angaben über die vom Schaden betroffene Scheibe	Verwendungszweck <input type="checkbox"/> innerhalb <input type="checkbox"/> außerhalb der selbstgenutzten Wohnung Glasart Größe cm x cm <input type="checkbox"/> gewölbt <input type="checkbox"/> bearbeitet Rahmen <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Metall, Kunststoff <input type="checkbox"/> Ganzglas, o. Rahmen
	Ist der Schaden an dem versicherten Gegenstand bei oder nach der Entfernung von dem bestimmungsgemäßen Platz entstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art der Beschädigung	<input type="checkbox"/> Bruch, Sprung <input type="checkbox"/> Kratzer, Schramme <input type="checkbox"/> Oberflächenabsplitterung <input type="checkbox"/> Sonstiges

