



Vers.-Nr.:

Schaden-Nr. Versicherer:

Schadenanzeige zur:

Hausrat-Versicherung

Gebäude-Versicherung

Inhalts-Versicherung

Glas-Versicherung

BU-Versicherung

Sonstige

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Email

Schadentag

Uhrzeit

Schadenort

Konto für Entschädigungen

Konto-Inhaber

Geldinstitut

BIC

IBAN

Vorsteuerabzugsberechtigt:

ja

nein

Betroffene Gefahr

Brand

Blitzschlag

Überspannung

Explosion

Leitungswasser

Sturm

Glasbruch

BU

Einbruchdiebstahl

Beraubung

Fahrradentwendung

Sonstiges

Polizeiliche Meldung erfolgt:

ja

nein

Dienststelle

Telefon

Tageb.-Nr./Aktenz.

Schadenverursacher

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Haftpflicht-VR

VS-Nr.

Schd.-Nr.

Vereinbarungen

Schadenaufstellung fol* t

Kostenvoranschlag folgt

zur polizeil. Meldung aufgefordert

Aktenzeichen der Polizei, StA angefordert

Sonstiges

Allgemeine Fragen

Bei Schäden an Gebäuden: Art und Umfang der Wiederherstellung

Welche Maßnahmen zur Minderung des Schadens wurden eingeleitet?

Das vom Schaden betroffene Gebäude/der Raum/die Wohnung/war am Schadentag:

- bezugsfertig bewohnt benutzt
 nicht bezugsfertig unbewohnt unbenutzt

Sind in das Gebäude eingebrachte Sachen (z.B. Fußbodenbelag, Tapeten, Anstriche) beschädigt?

- ja nein

Wer hat diese Sachen auf seine Kosten angeschafft oder übernommen und trägt das Risiko?

- Gebäudeeigentümer Mieter

Wurde die Übernahme dieser Sachen nach Ende der Mietzeit vereinbart?

- ja nein

Wie ist der Fußbodenbelag verlegt?

- ganzflächig verklebt lose

Um welchen Belag handelt es sich? Auf welchem Untergrund? (z.B. Estrich, Holzdielen, Steinfußboden) ist er verlegt?

Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (bitte Belege beifügen):

Lfd. Nr.	Anzahl	Bezeichnung der Gegenstände	entwendet	zerstört	beschädigt	Anschaffungsdatum	Wiederbeschaffungspreis	Geschätzte Reparaturkosten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte eine Auflistung beifügen!

Schadenhergang:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer