

Schadenanzeige Sach

- Brand Blitzschlag Explosion Überspannung
 Implosion Absturz Luftfahrzeug Betriebsunterbrechung

Anlage S 41

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer
			Name und Anschrift VN

	Beruf/Betrieb	Telefon dienstlich	Fax	Telefon privat
	Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Versicherungssumme insges.
A) Allgemeine Fragen	1. Wann ist der Schaden eingetreten?	am	um	
	2. Wann und von wem wurde der Schaden bemerkt?	am	um	von
	3. Wann erhielten Sie Kenntnis vom Schadeneintritt?	am	um	von
	4. Wurde der Schaden bereits gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	am	an
	5. Wann erfolgte die polizeiliche Anzeige des Schadens?	am bei Dienststelle	Aktenzeichen Sachbearbeiter/Telefon	Hinweis: Über abhandlungskommene Sachen ist der zuständigen Polizeidienststelle unverzüglich ein Verzeichnis einzureichen, damit Sie Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren.
	6. Wo ist der Schaden entstanden?	PLZ, Ort <input type="checkbox"/> Hauptgebäude <input type="checkbox"/> Anbau	Straße, Haus-Nr. <input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/>	Raum/Stockwerk <input type="checkbox"/> im Ausland (Ort, Land)
	7. Bei Hausratschäden	Wohnfläche in qm	Anzahl Räume der Wohnung	Anzahl Personen im Haushalt
	8. Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Kunde	<input type="checkbox"/> Leasinggeber <input type="checkbox"/>
	9. Sind Sie Mieter/Eigentümer des Gebäudes, der Räume oder der Wohnung?	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Mieter	falls Mieter, Eigentümer ist:	
	10. Das betroffene Gebäude/der Raum/die Wohnung war am Schadentag	<input type="checkbox"/> nicht bezugsfertig <input type="checkbox"/> bezugsfertig	<input type="checkbox"/> benutzt <input type="checkbox"/> unbenutzt seit:	<input type="checkbox"/> bewohnt <input type="checkbox"/> unbewohnt seit:
	11. Das Gebäude war vor dem Schaden	<input type="checkbox"/> in einwandfreiem Zustand <input type="checkbox"/> reparaturbedürftig	Mängel:	
	12. Sind Sie von einem gleichen Schaden schon früher betroffen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	entschädigt durch	mit <input type="checkbox"/> DM / <input type="checkbox"/> EUR

B) Sachverhalt und Ursache des Schadens
(bitte immer ausführlich berichten)

	13. Welche Maßnahmen haben Sie zur Bergung und Erhaltung der beschädigten und geretteten Sachen unternommen?			
	14. Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert (z.B. durch eine gleichartige Versicherung, Reisegepäckversicherung oder durch den Leasinggeber)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> techn. Vers.	<input type="checkbox"/> Reisegepäck <input type="checkbox"/> Gebäude <input type="checkbox"/> Wertsachen
		Name und Anschrift der Gesellschaft		
		Versicherungsschein-Nr.	Versicherungssumme <input type="checkbox"/> DM / <input type="checkbox"/> EUR	
	15. Haben Sie bei dieser Gesellschaft bereits Ersatzansprüche angemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	durch	Schaden-Nr.
	16. Bei welcher Gesellschaft ist das Gebäude - bzw. wenn wir Gebäudeversicherer sind - der Inhalt versichert?	Name und Anschrift der Gesellschaft		
		Versicherungsschein-Nr.		
	17. Wer hat den Schaden verursacht?	Name und Anschrift		
	18. Besteht für diese Person eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	Versicherungsschein-Nr.	
Bei Schäden am Bodenbelag	19. Auf wessen Kosten wurde der Bodenbelag angeschafft?	<input type="checkbox"/> Vormieter <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Hauseigentümer		<input type="checkbox"/> Sonstige
	20. Wie wurde der Bodenbelag verlegt?	<input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> festverklebt		<input type="checkbox"/> leicht verklebt (z.B. Fußleisten, Klebeband am Rand) <input type="checkbox"/> Sonstiges
	21. Ist unter dem Bodenbelag ein bewohnbarer Fußboden (z.B. PVC, Holz, Parkett)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher?		

C) Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (nach Möglichkeit Anschaffungsbelege beifügen)	(1) lfd. Nr.	(2) Anzahl	(3) Beschreibung der Gegenstände	(4) Art und Umfang der Beschädigung (entwendet, zerstört, beschädigt)	(5) Anschaffungsjahr	(6) Wiederbeschaffungspreis DM/EUR	(7) Wert vor dem Schaden unter Berücksichtigung von Alter und Abnutzung DM/EUR	(8) Instandsetzungskosten bzw. Schaden DM/EUR
	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Voraussichtliche Schadenhöhe		<input type="checkbox"/> DM / <input type="checkbox"/> EUR			
	Die im Verzeichnis aufgeführten Preise verstehen sich	<input type="checkbox"/> mit Mehrwertsteuer <input type="checkbox"/> ohne Mehrwertsteuer		Bei Schäden in Gewerbebetrieben: Die unter C) genannten Preise sind		<input type="checkbox"/> Einkaufspreise <input type="checkbox"/> Verkaufspreise		

D) Ergänzungsfragen	Blitzschlag	22. An welcher Stelle schlug der Blitz ein und welche Spuren beweisen den Einschlag?			
		23. Welche Schäden entstanden am Gebäude?			
Brand		24. Wurden nur elektrische Leitungen und Geräte betroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		25. Mußte gelöscht werden und ggf. mit welchen Mitteln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit		

Wichtiger Hinweis Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß alle Fragen dieser Schadenanzeige vollständig und richtig beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, daß ich nicht selbst geschrieben habe. Es ist mir bekannt, daß bewußt falsche oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, selbst dann, wenn sie sich nicht auf die Beurteilung des Falles auswirken und dem Versicherer dadurch kein Schaden entsteht.

Unterschriften	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers