

SCHADENANZEIGE | FEUERSCHADEN

Was ist passiert?

Feuer Betriebsunterbrechung / Mietverlust

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Ihre persönlichen Daten bzw. Unternehmensdaten

Firmenname inkl. Rechtsform

Name

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Ihre Versicherungsdaten

Versicherer

Versicherungsscheinnummer

Schadennummer

2. ZAHLUNGSEMPFÄNGER

IBAN

BIC

Geldinstitut

Ist der Zahlungsempfänger
vorsteuerabzugsberechtigt?

ja nein

3. SCHADENANGABEN

 Datum des Schadenereignisses (tt.mm.jjjj)

 Uhrzeit (hh:mm)

Bitte geben Sie den Schadenstandort an.

 Straße

 Nr.

 PLZ

 Ort

 Land

4. SCHADENHERGANG

Art, Hergang und Ursache des Schadens

Bitte ausführlich beantworten und bei Platzmangel bitte das Beiblatt (letzte Seite) nutzen.

5. VERZEICHNIS DER VOM SCHADEN BETROFFENEN SACHEN (GEBÄUDE)

Gebäudeteil	geschädigte Fläche in qm	Eigentümer	Z* B*	Art der Verkleidung
<input type="checkbox"/> Bedachung				<input type="checkbox"/> Ziegel/Pfanne <input type="checkbox"/> Schiefer <input type="checkbox"/> Blech <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Decken/Wände				<input type="checkbox"/> Ziegel/Stein <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Decken-/Wand- verkleidungen				<input type="checkbox"/> Fliesen <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Tapeten				<input type="checkbox"/> Raufaser <input type="checkbox"/> Mustertapete <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Sonstiges
				Belagart Verlegeart Unterboden
<input type="checkbox"/> Fußboden				<input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Holz
<input type="checkbox"/> Fußboden				<input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Holz

* Z=zerstört, B=beschädigt

6. VERZEICHNIS DER VOM SCHADEN BETROFFENEN SACHEN (INHALT, HAUSRAT)

Gegenstand	Eigentümer	Stück- zahl	Z* B* A*	Anschaffung Zeitpunkt Monat/Jahr	Neuwert/ Wiederbeschaf- fungswert	Schaden- bzw. Reparaturkosten Reinigungskosten

* Z=zerstört, B=beschädigt, A=abhandengekommen

7. BEWOHNBARKEIT, NUTZBARKEIT, REPARATUR

Ist das Wohnen, die Sicherheit oder der Arbeitsablauf
noch erheblich beeinträchtigt?

ja nein

Bei einer Betriebsunterbrechung:

Dauert die Unterbrechung des Betriebes noch weiterhin an?

ja nein

Wurde die Reparatur ausgeführt?

ja nein

Wurde der Reparaturauftrag erteilt?

ja nein

Liegt ein Blitzeinschlagschaden vor: Gibt es Einschlagspuren am Gebäude?

nein ja, und zwar _____

Liegen Schäden durch Wärme (Glut) vor? Wenn ja, dann geben Sie bitte das Ausmaß der Schadenstelle an:

_____ cm x _____ cm

8. SONSTIGES

Wer ist der Eigentümer des Gebäudes/der Wohnung?

der Versicherungsnehmer ein Dritter (Name und Anschrift bitte unten ergänzen)

Firmenname inkl. Rechtsform

Name

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Wer ist der Schadenverursacher?

Firmenname inkl. Rechtsform

Name

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Besteht für die beschädigten Sachen noch ein anderweitiger Versicherungsschutz?

ja nein

Angaben über Versicherer

Firmenname inkl. Rechtsform

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefonnummer

Fax

Ihre Versicherungsnummer bei o.g. Versicherer

Versicherungsnummer

9. DOKUMENTATION

Schadenhöhe / -reserve

in EUR

Unterschrift / Bestätigung

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

BEIBLATT FÜR IHRE ERGÄNZUNGEN
