



Versicherungsgesellschaft

Versicherungsscheinnummer

Schadensnummer

Gebäude-Schadenanzeige Feuer/Leitungswasser/Sturm/Hagel

(Stempel der Firma/Einrichtung)

Diese Schadenanzeige senden Sie bitte an :

assekuranz ag
Internationale Versicherungsmakler

5, rue C. M. Spoo
L-2546 Luxembourg

Tel

Fax

Mail:

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Brand <input type="checkbox"/> | Explosion <input type="checkbox"/> | Sturm/Hagel <input type="checkbox"/> | Elementar <input type="checkbox"/> | | |
| Blitzschlag <input type="checkbox"/> | Leitungswasser <input type="checkbox"/> | Überspannung <input type="checkbox"/> | Sonstiges <input type="checkbox"/> | | |
| Der Versicherungsnehmer ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. | | | Tel. - Nr. des Versicherungsnehmers | | |
| 1. Tag und Stunde des Schadens | Datum | Uhrzeit | oder sonstige Angaben zur Schadenzeit (z.B. Zeitpunkt der Schadenfeststellung) | | |
| 2. Schadenort | PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr. | | | | |
| 3. a) Brand <input type="checkbox"/> | Nicht ersatzpflichtig sind u. a. Sengschäden und Kurzschlusschaden auch infolge von Blitzschlag | Wo ist das Feuer entstanden und worauf hat es übergegriffen? Wie und womit wurde gelöscht? | | | |
| b) Blitzschlag <input type="checkbox"/> | | An welcher Stelle erfolgte der Blitzeinschlag und welche Einschlagspuren sind entstanden? | Nur elektrische Geräte betroffen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| c) Explosion <input type="checkbox"/> | | Von welcher Stelle/Sache ist die Explosion ausgegangen? Welche Spuren hat die Druckwelle hinterlassen? | | | |
| d) Überspannung <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 4. Leitungswasserschäden Wo ist Wasser ausgetreten? | Kaltwasser-Zuleitungsrohr <input type="checkbox"/> | innerh. <input type="checkbox"/> | außerh. <input type="checkbox"/> | des Gebäudes <input type="checkbox"/> | Wo genau ? |
| | Warmwasser-Versorgungsrohr <input type="checkbox"/> | innerh. <input type="checkbox"/> | außerh. <input type="checkbox"/> | d. Grundstückes <input type="checkbox"/> | |
| | Heizungsrohr <input type="checkbox"/> | Abwasserrohr <input type="checkbox"/> | | | |
| | Heizkörper <input type="checkbox"/> | Waschmaschine <input type="checkbox"/> | Maschinenanlage <input type="checkbox"/> | | Sonstiges |
| | Heizkessel <input type="checkbox"/> | Geschirrspüler <input type="checkbox"/> | Sprinkleranlage <input type="checkbox"/> | | |
| | Badewanne <input type="checkbox"/> | Klimaanlage <input type="checkbox"/> | Schlauch <input type="checkbox"/> | | |
| Ursache? | Bruch <input type="checkbox"/> | Plätzen <input type="checkbox"/> | Rückstau (nicht infolge von Witterungsniederschlägen) <input type="checkbox"/> | Abrutschen eines Schlauches von Wasch-/ Geschirrspülmaschine <input type="checkbox"/> | |
| | Frost <input type="checkbox"/> | Verstopfung <input type="checkbox"/> | | LW - Zuleitungsanlage <input type="checkbox"/> | |
| | Materialfehler <input type="checkbox"/> | Überlaufen <input type="checkbox"/> | | | |
| | Sonstige Ursache : | | | War das Gebäude bezugsfertig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
| Bei Gebäude-Leitungswasser-Versicherungen : | Nur zu beantworten bei Schäden an : Fußböden, Verputz, Anstrich und Tapeten von Wohnräumen | Sind die Räume vermietet? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Name und Anschrift des Mieters : | | |
| | | Besteht für diesen Mieter eine Hausrat - Leitungswasser - Versicherung? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Versicherungsschein - Nr. | |
| | | Name und Anschrift der Gesellschaft | | | |
| Falls Fußboden beschädigt : | Hat der Mieter ihn auf eigene Kosten eingebracht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Art der Verlegung : auf Estrich/Beton <input type="checkbox"/> auf anderem Untergrund <input type="checkbox"/> | | fest/verklebt <input type="checkbox"/> lose/verspannt <input type="checkbox"/> zum ständigen Verbleib <input type="checkbox"/> zum späteren Mitnehmen <input type="checkbox"/> | |
| Bei gewerblichen Risiken : | Wurden vom Schaden betroffene Sachen unter Erdgleiche (z. B. im Keller oder Souterrain) gelagert? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Unmittelbar auf dem Fußboden <input type="checkbox"/> | in Regalen o. ähnl. _____ cm | über dem Fußboden <input type="checkbox"/> |
| Waren die Räume zur Schadenzeit | bewohnt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | leerstehend? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | beheizt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| Hinweis : Nicht ersatzpflichtig sind u. a. Verschleißschäden, Armaturen, wenn nicht durch Frost zerstört, Schäden durch Plansch-, Reinigungs- oder Regenwasser | | | | | |
| 5. Sturmschäden Als Sturm gilt eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8) | Windstärke 8 oder stärker erwiesen? ja <input type="checkbox"/> | Wenn nicht erwiesen; Sind in der näheren Umgebung Sturm- Schäden an einwandfrei beschaffenen Gebäuden oder ebenso widerstandsfähigen anderen Sachen eingetreten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Schäden durch Hagel ? | <input type="checkbox"/> |
| | War das Gebäude bezugsfertig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Sind Schäden an außen angebrachten Sachen verursacht worden? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| Hinweis: Von der Versicherung ausgeschlossen sind Schäden durch Eindringen von Regen, Schnee oder Schmutz durch nicht ordnungsgemäß geschlossene Fenster, Außentüren oder andere Öffnungen, es sei denn, dass diese Öffnungen auch durch den Sturm entstanden sind und einen Gebäudeschaden darstellen. Wenn Schäden durch Hagel mitversichert sind, genügt es, dass die Öffnung durch Hagel entstanden ist. | | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 6. | Ursache und Hergang des Schadens (Bitte hier ausführlich weiter berichten, soweit nicht aus Ziffer 1 - 5 ersichtlich) | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | |
|----|--|-------|---------|---------------------------------------|--|
| 7. | Wann wurde die Gesellschaft bzw. der Vertreter erstmals vom Schaden unterrichtet? | Datum | Uhrzeit | gegebenenfalls Namen des Vertreters : | |
|----|--|-------|---------|---------------------------------------|--|

| | | | | | |
|----|---|-------|---------|-----------------------|----------------|
| 8. | Wann wurde der Schaden der Polizei gemeldet? Nur erforderlich bei Brand, Explosion | Datum | Uhrzeit | Polizeidienststelle : | Aktenzeichen : |
|----|---|-------|---------|-----------------------|----------------|

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|
| 9. | Sind Maßnahmen zur Minderung des Schadens möglich? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Folgende Maßnahmen wurden/werden ggf. ausgeführt : | | |
|----|---|---|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|---|--------|--|--|--|
| 10. | Wer ist der Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen? | Name : | | Ist der Eigentümer Mieter ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Lebt der Eigentümer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|-----|---|--------|--|--|--|

| | | | | | |
|-----|---|---|--------------------------------|-----------------------|-----------------|
| 11. | Besteht für die vom Schaden betroffenen Sachen noch bei einer anderen Versicherungsgesellschaft Versicherungsschutz? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ggf., welcher Art/Gesellschaft | Vers. - Schein - Nr.: | Vers. - Summe : |
|-----|---|---|--------------------------------|-----------------------|-----------------|

| | | | | | |
|-----|--|---|---------------|------------|--|
| 12. | Erlitten sie bereits Brand-, Blitz-, Explosions-, LW-, Sturm-, oder Glasschäden? Ggf. wann und von welcher Vers. entschädigt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Schadenhöhe : | Schadentag | Schaden reguliert durch Vers. - Gesellschaft |
|-----|--|---|---------------|------------|--|

| | | | | | |
|-----|---|---|-----------------------------------|---------------------------|--|
| 13. | Falls der Schaden durch einen Dritten verursacht wurde: Besteht für diesen eine Haftpflichtversicherung? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Name und Anschrift des Schädigers | | |
| | Wurde der Schaden dem Haftpflichtversicherer bereits angezeigt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Name der Gesellschaft | Versicherungsschein - Nr. | |

Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (Bitte, soweit möglich, Belege beifügen)

| 14. | Lfd. Nr. | Anzahl | Bezeichnung der Gegenstände | entwendet zerstört beschädigt | e z b ↓ | An-Schaffungs-Jahr | Neuwert (Wiederbeschaffungspreis) | Zeitwert(Wiederbeschaffungspreis unter Berücksichtigung von Alter und Abnutzung) | Instandsetzungskosten bzw. Schadenhöhe |
|-----|----------|--------|-----------------------------|-------------------------------|---------|--------------------|-----------------------------------|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? (Nach Umsatzsteuergesetz?) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Sind die in der Ausfertigung genannten Preise mit oder ohne Mehrwertsteuer aufgeführt? | mit MwSt. <input type="checkbox"/> ohne MwSt. <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgemäß beantwortet. Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben führen zum gänzlichen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

| | | | |
|---|--------------|------|-----|
| Die Entschädigung bitte auf folgendes Konto überweisen <input type="checkbox"/> | Geldinstitut | IBAN | BIC |
|---|--------------|------|-----|

Unter der Beachtung der Vorschriften des Datenschutzes werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten sowie die Daten der evtl. beantragten Vertragsänderungen gespeichert, an die betroffenen Rückversicherer, die Versicherer der Gesellschaft sowie den betreffenden Versicherungsverband zum gleichen Zweck übermittelt, soweit dies erforderlich ist. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort, Datum | Unterschrift |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon | E-Mail-Adresse |