

Versicherungsnehmer

Zu Schadenereignis vom: _____

Vers.-Gesellschaft: _____

Vers.-Schein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Sachbearbeiter: _____

Telefon-Nr.: _____

Telefax-Nr.: _____

GLAS-SCHADENANZEIGE										
<p>Sehr geehrter Versicherungsnehmer, eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich beantworten und die Schadenanzeige umgehend an unsere obenstehende Anschrift zurücksenden.</p>										
Schadentag	Datum Uhrzeit	wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt frühestens am _____ spätestens am _____								
1. Schadenort (genaue Bezeichnung: PLZ, Ort, Straße, Haus-Nummer, Etage)										
Wo genau entstand der Schaden? (z.B. Küche, Treppenhaus, Keller usw.)										
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Wohnung des VN <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Größe der Wohnung in m ²										
2. Schadenhergang (bitte ausführlich schildern: Schadenursache und Art der Beschädigung, z.B. Sprünge, Risse)										
3. Bei Schadenverursachung durch einen Dritten										
Name und Anschrift: _____										
Beruf: _____ Alter: _____ haftpflichtversichert bei Vers.-Gesellschaft: _____ unter VS-Nr.: _____										
4. Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja										
Anschrift der Dienststelle, Tagebuch-Nr. _____										
5. Weitere Versicherungsverträge für diesen Schadenfall bestehen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für										
Name und Anschrift: _____										
bei Vers.-Gesellschaft _____ unter VS-Nr.: _____										
Versicherungssumme: _____ EUR										
Bei Schäden durch Brand, Blitzschlag, Explosion oder Sturm: (Name und Anschrift des Gebäudeeigentümers)										
Gebäude versichert bei Vers.-Gesellschaft: _____ unter VS-Nr.: _____										
6. Durchführung der Reparatur										
Zusätzlicher Aufwand								<input type="checkbox"/> für ein Gerüst	Voraussichtliche Kosten	
								<input type="checkbox"/> für eine fahrbare Leiter	EUR	
								<input type="checkbox"/> für das Wegräumen von Hindernissen		
7. Schäden an Scheiben										
Glasart: Dickglas = D / Spiegelglas = Sp / Opalglas = OG / Sicherheitsglas = Si / Isolierglas = I / Bleiverglasung = BV / Ornamentglas = Om / Farbiges Kristallspiegelglas = FK										
Verwendungsart A: Fensterscheibe = Fsch / Schauenster = Sch / Stabilisierungsstreifen = St / Türscheibe = Tsch / Oberlicht = OL / Ladentischplatte = Ltp / Vitrinenscheibe = Vsch / Dachverglasung = DV										
Verwendungsart B: Außenverglasung = AV / Innenverglasung = IV / Obergeschoß = Zahl / Passagen = P / Kolonnaden = K / Geschl. Kühlanlage = GK										
Verwendungsart C: plan = p / gebogen = g / unbeweglich = ub / beweglich = b / senkrecht = s / schrägstehend = sch / liegend = l / Kantenbearb. = Kb / Flächenbearb. = Fb / Ganzglaskonstr. = Ggk										
Verwendungsort: außerhalb von Wohnungen = AW / innerhalb von Wohnungen = IW / Ladengeschäft/Gastwirtschaft = Lg										
		Scheibengröße in cm in mm	Rahmen aus	Glasart	Verwend.-Art A	Verwend.-Art B	Verwend.-Art C	Verw.- Ort	Voraussichtl. Reparatur- kosten	

Lfd. Nr	Anzahl	Höhe	Breite	Dicke	Holz = H Metall = M ohne Rahmen = oR	Fsch Sch St Tsch	OL Ltp Vsch DV	AV IV Zahl	P K GK	p g ub Ggk	b s l Kb Fb	sch I Kb Fb	AW IW Lg	EUR

Notverglasung erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr.:		Schäden an Bemalung, Beschriftung, Beschichtung mit Lichtfilterlack, Glasbuchstaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr		Schäden an Schaufensterauslagen, Dekorationsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr		3.	EUR
Kosten		Kosten		1.	2.	4.	5.
EUR		EUR		EUR	EUR	EUR	EUR

8. Schäden an sonstigen Objekten der Glasversicherung			
Beschädigter Gegenstand	Art der Beschädigung	Ursache der Beschädigung	Schaden EUR

9. Schäden an Leuchtröhrenanlagen					
Beschreibung der Anlage					
Montage am	durch Firma (Name und Anschrift)	Die Anlage besteht aus		Garantie bis	Die Anlage arbeitete vor dem Schaden
		Anzahl Systemen	insges. Meter Leuchtröhren		<input type="checkbox"/> einwandfrei <input type="checkbox"/> mit Flackern <input type="checkbox"/> mit Verfärbungen

Unterschriften/Zahlungen
 Der Versicherungsnehmer ist für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.

Mehrwertsteuer: Unternehmer ja nein
 vorsteuerabzugsberechtigt ja nein

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Konto-Inhaber: _____ BLZ _____

Geldinstitut: _____ Kto.-Nr. _____

Datum: _____ Telefon: _____ Unterschrift _____