

Schadenanzeige Geschäftssachversicherung

Schadennummer Policennummer Versicherer

Kreuzen Sie die Art des entstandenen Schadens an (mehrere Antworten möglich)

- Feuerschaden (Brand-, Blitzschlag-, Elementarschaden) Wasserschaden Betriebsunterbrechung
 Diebstahl Glasschaden

Versicherungsnehmer

Firma Branche / Betrieb
Kontaktperson, Funktion erreichbar (Zeit)
Telefon / Mobile E-Mail
Adresse MWST-pflichtig MWST-Nummer
Bankverbindung
IBAN

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24) Amtliche Tatbestandsaufnahme ja nein
Strasse, Nr Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen
Stockwerk, Raum Durch wen?
Land, PLZ, Ort (Polizeidienststelle,
Name des Polizisten, Telefon)

Hergang

Feuer- (Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserschaden

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?
Ist jemand für den Schaden verantwortlich? nein ja, wer?
Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden?

Diebstahl

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss?

nein ja, wo?

Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft?

Betriebsunterbrechung oder Mietertragsausfall

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch eine Betriebsunterbrechung oder ein Mietertragsausfall? ja nein

Ist dieser versichert?

ja nein

Versicherer

Policennummer

Schadenaufstellung bewegliche Sachen

Geräte, Materialien usw. / Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	gekauft bei	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eigentümer der betroffenen Sachen:

Firma Name, Vorname

Strasse, Nr. Telefon / Mobile

PLZ, Ort E-Mail

Betroffene Sache

Firma Name, Vorname

Strasse, Nr. Telefon / Mobile

PLZ, Ort E-Mail

Betroffene Sache

Firma Name, Vorname

Strasse, Nr. Telefon / Mobile

PLZ, Ort E-Mail
Betroffene Sache

Glasschäden

Anzahl	Genauere Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wer wird die Reparatur ausführen?

Firma Name, Vorname
Strasse, Nr. Telefon / Mobile
PLZ, Ort E-Mail
Eigentümer der beschädigten Gläser

Firma Name, Vorname
Strasse, Nr. Telefon / Mobile
PLZ, Ort E-Mail
Eigentümer der beschädigten Gläser

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis ja nein

Deckung / Versicherer Policennummer
Deckung / Versicherer Policennummer

Beilagen

Ergänzungen

Einverständniserklärung

Der Versicherungsnehmer ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wird der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Stellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / des Versicherten

Schadenmeldung ohne Unterschrift

