

Schadenanzeige Geschäftssachversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Feuerschaden Wasserschaden Glasschaden Diebstahl Betriebsunterbrechung

Versicherungsnehmer

Firma Telefon G / Telefon P
Ansprechperson Mobile / Fax
Korrespondenzadresse E-Mail
PC- oder Bankkonto
IBAN
MWST-pflichtig ja nein MWST-Nummer

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 Gesellschaft
 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:

Name, Vorname Telefon G / Telefon P
 Strasse, Nr. Mobile / Fax
 PLZ, Ort E-Mail
 betroffene Sache

Name, Vorname Telefon G / Telefon P
 Strasse, Nr. Mobile / Fax
 PLZ, Ort E-Mail
 betroffene Sache

Glasschäden

Anzahl	Genaue 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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer wird die Reparatur ausführen?

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
Eigentümer der beschädigten Gläser	<input type="text"/>			

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon G / Telefon P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Mobile / Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	
Eigentümer der beschädigten Gläser	<input type="text"/>			

Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en 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 Amtsstellen 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. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers