

Schadenanzeige Geschäftsinhaltsversicherung

Agentur-Nr.: _____

Versicherer: _____

VS-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Schadenhöhe: _____ (unverbindliche Einschätzung, Angabe in Euro)

Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Schadenart

Feuer Einbruchdiebstahl

Blitz Glas

Leitungswasser Elementar

Sturm Sonstiges

Schadendatum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Schadenhergang (ausführliche Darstellung des Vorfalls, ggfs. auf separatem Blatt)

Verursacher des Schadens (Vor- und Zuname, Anschrift): _____

Schadenumfang (Aufstellung ggfs. auf separatem Blatt)

Wertnachweise (z.B. Erstanschaffungsbelege)

Wenn vorhanden, bitte vorlegen. sind beigelegt werden nachgereicht sind nicht vorhanden

Anzahl	Beschreibung der Sachen	Anschaffungsjahr	Schadenumfang (beschädigt/zerstört)	Wiederbeschaffungspreis	Ersatzanspruch	Wer ist der Eigentümer der Sache
--------	-------------------------	------------------	--	-------------------------	----------------	----------------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Eventuelle Reste und beschädigte Sachen müssen bis zur ausdrücklichen Freigabe durch die Versicherung aufbewahrt werden.



Bestehen weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen?

nein ja, und zwar: Geschäftsversicherung Hausratversicherung Inhaltsversicherung

Name des Versicherungsnehmers: _____

Versicherungsgesellschaft: _____ Versicherungsnummer: _____

Vorschäden (gleiche oder ähnliche innerhalb der letzten 5 Jahre)

nein ja Schadenhöhe in Euro: _____ Schadentag: _____

Schaden reguliert durch Versicherungsgesellschaft: _____

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)? nein ja

Zahlung

Zahlungsart: Verrechnungsscheck Überweisung auf das nachstehende Konto

Kontoinhaber: _____ Bankleitzahl: _____

Bank (Name und Ort): _____ Konto-Nr.: _____

Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer