

## 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)   Strasse, Nr   
Sofern unbekannt, erste Anzeichen festgestellt am?  Land, PLZ, Ort   
Amtliche Tatbestandsaufnahme  ja  nein  unbek. Durch wen?   
Bitte leserliche Kopie beilegen (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)

### Hergang

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

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

**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:**

Firma	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>
Betroffene Sache	<input type="text"/>			

Firma	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>
Betroffene Sache	<input type="text"/>			

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

**Andere Versicherungen**

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis  ja  nein

Deckung	<input type="text"/>	Versicherer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Deckung	<input type="text"/>	Versicherer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>

**Ergänzungen**

**Beilagen**

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

**Einverständniserklärung**

Der/die 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/die Versicherungsnehmer hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler bzw. der Versicherungsgesellschaft die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte über die Bearbeitung der ihn betreffenden Daten zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / des Versicherten

Schadenmeldung ohne Unterschrift

