

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 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	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 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. 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

