



## Schadenanzeige Sachversicherung

### Versicherungsnehmer

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Firma / Name                     | <input type="text"/>                                      |
| Strasse / Postfach               | <input type="text"/>                                      |
| PLZ / Ort                        | <input type="text"/>                                      |
| Zuständige Person                | <input type="text"/>                                      |
| Telefon                          | <input type="text"/>                                      |
| Fax                              | <input type="text"/>                                      |
| E-Mail                           | <input type="text"/>                                      |
| Sind Sie mehrwertsteuerpflichtig | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

### Kontoangaben

|           |                      |              |                      |
|-----------|----------------------|--------------|----------------------|
| Name Bank | <input type="text"/> | IBAN         | <input type="text"/> |
| Konto Nr. | <input type="text"/> | Clearing Nr. | <input type="text"/> |

### Versicherungsgesellschaft

|      |                      |             |                      |
|------|----------------------|-------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Policen Nr. | <input type="text"/> |
|------|----------------------|-------------|----------------------|

### Angaben zum Schadenereignis

|                                  |                      |                      |                      |      |                      |                      |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------|----------------------|----------------------|
| Schadendatum                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Zeit | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort / Strasse                    | <input type="text"/> |                      |                      |      |                      |                      |
| Beschreibung des Unfallherganges | <input type="text"/> |                      |                      |      |                      |                      |

|   |   |     |                      |
|---|---|-----|----------------------|
| Trifft Ihren Mitarbeiter ein Verschulden  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |     |                      |
| Trifft eine andere Person ein Verschulden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wen | <input type="text"/> |

### Schadenverursacher

|   |   |                      |                      |
|---|---|----------------------|----------------------|
| Name / Vorname  | <input type="text"/>                                      |                      |                      |
| Strasse / Postfach  | <input type="text"/>                                      |                      |                      |
| PLZ / Ort   | <input type="text"/>                                      |                      |                      |
| Telefon / E-Mail  | <input type="text"/>                                      |                      |                      |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ist der Schadenverursacher mit Ihnen verwandt                                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wie                  | <input type="text"/> |
| Hat eine amtl. Tatbestandsaufnahme stattgefunden                              | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Durch wen            | <input type="text"/> |
| Trifft den Versicherten, seine Angehörigen oder sein Personal ein Verschulden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wen                  | <input type="text"/> |

Sind Zeugen vorhanden Ja  Nein

Name / Vorname

Adresse

Telefon / E-Mail

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen Ja  Nein  Polizeistelle

**Beschädigung**

Art des Schadens

Beschädigung

Durch wen wird die Reparatur ausgeführt

Reparaturdatum

Eigentümer/in

Firma / Name

Strasse / Postfach

PLZ / Ort

Zuständige Person

Telefon / E-Mail

Name Bank  IBAN

Konto Nr.  Clearing Nr.

**Beschädigte Sache / Ware**

Gegenstand / Anzahl

Kaufpreis / Warenwert  Kaufdatum / Alter

Hersteller / Lieferant  Schadenhöhe

**Schaden an Gebäuden**

Stockwerk

Raum

Schadenhöhe

Wurde der Schaden bereits behoben Ja  Nein

Der Versicherungsnehmer darf ohne vorherige Einwilligung der Versicherungsgesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen die auf Seite 1 aufgeführte Versicherungsgesellschaft 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. 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 ist die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen.

Ort / Datum ..... Firmenstempel / Unterschrift .....