

Schadenanzeige zur Glasversicherung

Versicherungsscheinnummer: _____

Schadennummer: _____

Füllen Sie bitte diese Schadenanzeige sorgfältig aus.

1. Kunde/-in (Versicherungsnehmer)

1.1 Name, Vorname _____

1.2 Straße _____

1.3 PLZ/Ort _____

1.4 Telefon tagsüber _____ 1.5 Beruf _____ geb. _____

2. Schadentag _____ Uhrzeit _____

3. Schadenort, falls nicht mit Wohnort des Versicherungsnehmer identisch

3.1 PLZ/Ort, Straße _____

4. Schadenhergang und -ursache

4.1 Ausführliche Schilderung des Schadenherganges (Evtl. gesondertes Blatt verwenden).

4.2 In welchem Raum hat sich der Schaden ereignet? _____

4.3 Name und Anschrift des Schadenverursachers? _____

4.4 Wer benutzt oder bewohnt diesen Raum? _____

4.5 Wurde der Schaden polizeilich gemeldet? nein ja, bei _____
(Bitte Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben.)

4.6 Bestehen weiterer Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen? nein ja, bei _____
Gesellschaft, Versicherungsnummer (z.B. Gebäudeversicherung des Hauseigentümers, Hausrat, Sonderglasversicherung)

5. Angaben zum versicherten Risiko

5.1 Ist die vom Schaden betroffene Wohnung eine Mietwohnung? nein ja Größe Ihrer Wohnung? _____ qm

5.2 Das vom Schaden betroffene Haus ist ein Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus

6. Beschädigungen

Anzahl der Scheiben	Glasart (Kristall-, Dick-, Isolier-, Sicherheitsglas) pol. Kanten Ganzglaskonstruktion usw.	Holz- oder Metallrahmen	Verwendungsart (Schaufenster, Tür, Fenster, Vitrine, usw.)	Höhe cm	Breite cm

6.1 Hat die Scheibe einen Sprung? nein ja

6.2 Ist die Oberfläche zerkratzt? nein ja

6.3 Hatten die Umrahmungen Mängel? nein ja _____
 Ist der Schaden darauf zurückzuführen? nein ja _____

6.4 Ist die Scheibe ganz oder teilweise bemalt, mit Farbanstrich oder Filterdruck versehen? nein ja
 nein ja

7. Allgemeine Hinweise

7.1 Ich habe die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Mir ist bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn sie für den Versicherer folgenlos geblieben sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)