



Sehr geehrter Kunde,
wir bitten Sie, diese Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und sie unverzüglich unterschrieben zurückzusenden. Geben Sie bitte unbedingt die Nummer Ihres Versicherungsscheines an, damit wir die Bearbeitung unverzüglich aufnehmen können.

Agt - Nr:	Schaden-Nr: _____
Senden Sie dieses Formular bitte unterschrieben zurück an:	
=====	
Assekuranzkontor Wesemann & Co	Ihr Ansprechpartner:
Oberntorwall 4 33602 Bielefeld	Tel.: 0521 / 52197 - 7 Fax : 0521 / 52197- 21

SCHADENANZEIGE

Gesellschaft

Versicherungsscheinnummer

Datum

Feuer/Leitungswasser/Sturm/Glasbruch

Schadentag	DATUM	UHRZEIT	oder sonstige Angaben zur Schadenzeit (Schadenfeststellung)								
Schadenort	Plz, Ort, Straße, Nr.:										
Brand	Wo ist das Feuer entstanden und worauf hat es übergegriffen? Wie und womit wurde es gelöscht?										
Blitzschlag Explosion	An welcher Stelle erfolgte der Blitzeinschlag und welche Einschlagspuren sind entstanden bzw. von welcher Stelle/Sache ist die Explosion ausgegangen ? Welche Spuren hat die Druckwelle hinterlassen ?										
Glasbruch	Zu welchem Raum gehört die beschädigte Sache ?										
Leitungswasser - schäden	Kaltwasser-Zuleitungsrohr	<input type="radio"/>	innerh.	<input type="radio"/>	des Gebäudes	<input type="radio"/>	Wo genau				
	Warmwasser-Versorgungsrohr	<input type="radio"/>	außerh.	<input type="radio"/>	des	<input type="radio"/>					
	Heizungsrohr	<input type="radio"/>			Grundstücks	<input type="radio"/>					
	Abwasserrohr	<input type="radio"/>									
Ursache	Bruch	<input type="radio"/>	Platzen	<input type="radio"/>	Rückstau	ja <input type="radio"/>	Abrutschen eines Schlauches von Wasch / Geschirrspülmaschine	Was das Gebäude bezugs-fertig ?			
	Frost	<input type="radio"/>	Verstopfung	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>		
	Materialfehler	<input type="radio"/>	Überlaufen	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			
Bei Gebäude-Leitungswasserschäden	Sind die Räume vermietet ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Name und Anschrift des Mieters:							
	Besteht für diesen Mieter eine Hausrat-Versicherung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Name und Anschrift Gesellschaft und Vers-Nr:							
Bei Hausrat-Leitungswasserschäden	Besteht für diesen Mieter eine Gebäude-Leitungswasser Versicherung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Name und Anschrift Gesellschaft und Vers-Nr:							
Falls Fußboden beschädigt:	Hat der Mieter ihn auf eigene Kosten eingebracht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Art der Verlegung:	auf Estrich / Beton <input type="radio"/>	auf anderem Untergrund <input type="radio"/>	fest verklebt <input type="radio"/>	lose/verspannt <input type="radio"/>	zum ständigen Verbleib zum späteren Mitnehmen <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Waren die Räume zur Schadenzeit bewohnt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	leerstehend	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	beheizt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			
Sturmschäden	Windstärke 8 oder stärker erwiesen ?	ja <input type="radio"/>	Schäden durch Hagel ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sind Schäden an außen angebrachten Sachen verursacht worden ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			



Kurze Schilderung des Schadenereignisses:

Wann wurde die Gesellschaft bzw. der Vertreter erstmals vom Schaden unterrichtet?	Datum	Uhrzeit	ggf. Name des Vertreters	
---	-------	---------	--------------------------	--

Wann wurde der Schaden der Polizei gem. Nur erforderlich bei BRAND u. EXPLOSION	Datum	Uhrzeit	Polizeidienststelle	Aktenzeichen
---	-------	---------	---------------------	--------------

Sind Maßnahmen zur Minderung des Schadens möglich ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Folgende Maßnahmen wurden ausgeführt:		
---	--	---------------------------------------	--	--

Wer ist der Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sache?	Name, Anschrift			
---	-----------------	--	--	--

Besteht für die vom Schaden betroffenen Sachen Versicherungsschutz noch bei einer anderen Gesellschaft?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Vers-Art / Gesellschaft	Versicherungs-Nr	Versicherungs-Summe	DM
---	--	-------------------------	------------------	---------------------	----

Erlitten Sie bereits BRAND / BLITZ / EXPLOSIONS / LW / STURM oder GLASSCHÄDEN ? GGF. wann und von welchem Versicherer entschädigt ?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schadenhöhe	Schadentag	Schaden reguliert durch	
---	--	-------------	------------	-------------------------	--

Falls der Schaden von einem Dritten verursacht wurde: Besteht für diesen eine Haftpflichtversicherung? Wurde der Schaden dem Haftpflichtversicherer bereits angezeigt?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Name der Gesellschaft - Vers-Nr.:	Name und Anschrift des Schädigers		
--	--	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--

Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (Bitte, soweit möglich Belege beifügen) Wenn noch keine genauen Angaben gemacht werden können, bitte ungefähre Schadenhöhe angeben.

ANZAHL	BEZEICHNUNG DER GEGENSTÄNDE	ENTWENDETZE RSTÖRTBESCHÄDIGT	ALTER	NEUWERT	SCHADEN HÖHE

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Sind die in der Aufstellung genannten Preise mit oder ohne MwSt?	mit <input type="radio"/> ohne <input type="radio"/>
-------------------------------------	--	--	--

Den Entschädigungsbetrag bitte ich zu zahlen : bar erhalten - Gutschrift auf unser Agentur - Konto

direkt an VN per Scheck / über Agentur an VN per Scheck oder an _____

Unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgetreu beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Unfallgegner erkläre ich mich einverstanden. Unter Beachtung des Datenschutzgesetzes werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten gespeichert, an den betroffenen Rückversicherer der Gesellschaft sowie den betreffenden Versicherungsverband zum gleichen Zweck übermittelt, soweit dies erforderlich ist.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift Vermittler