



Schadenanzeige für Glas- Schäden

Schaden-Nummer
Versicherungsschein-Nummer

Name u. Vorname des Versicherungsnehmers Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	e-mail	
Die Entschädigung soll geleistet werden an:	<input type="checkbox"/> per Scheck	
	<input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto	
Kontonummer	Bankleitzahl	bei (Bank, Sparkasse, Postamt)

Allgemeine Angaben			
Größe	<input type="checkbox"/> Ihrer Wohnung	<input type="checkbox"/> Ihres Hauses qm
Sie sind	<input type="checkbox"/> Mieter	Name und Anschrift des Eigentümers	
	<input type="checkbox"/> Eigentümer		
Es handelt sich um ein	<input type="checkbox"/> 1-Familienhaus	<input type="checkbox"/> 2-Familienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
War das Haus/die Wohnung am Schadentag bewohnt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil	
Wurden am Schadentag Umbauten (ganz oder teilweise) am Gebäude vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja		
War das Gebäude am Schadentag bezugsfertig?	<input type="checkbox"/> ja		

Angaben zum Schaden			
Wann ist der Schaden eingetreten?		Wann wurde der Schaden bemerkt?	
Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit
Wo ist der Schaden entstanden? (genaue Anschrift)			Wie hoch schätzen Sie den Schaden?
			€
Ausführliche Schilderung der bekannten oder mutmaßlichen Schaden- Ursache			



Ratzke & Ratzke
VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Wer hat den Schaden verursacht? Name	_____
Anschrift	_____
Ist der Schadenverursacher haftpflichtversichert?	<input type="checkbox"/> ja
Versicherungsschein-Nr.	_____
Wurde der Schaden verursacht durch	<input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Hagel
Sind in der näheren Umgebung auch Sturm-/Hagelschäden eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja

Glasschäden	
Welche Scheibe wurde beschädigt?	<input type="checkbox"/> Fenster <input type="checkbox"/> Spiegel <input type="checkbox"/> Mobiliarverglasung <input type="checkbox"/> Hauseingangstür <input type="checkbox"/> zur Wohnung gehörende Tür <input type="checkbox"/> Ceran-Kochfeld <input type="checkbox"/> Wintergartenverglasung <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Welche Maße hat die vom Schaden betroffene Scheibe? X
Beschädigte Glasart	<input type="checkbox"/> Einfachglas <input type="checkbox"/> Isolierglas <input type="checkbox"/> Sicherheitsglas <input type="checkbox"/> Kunststoffscheibe
Beschädigungsart	<input type="checkbox"/> Totalschaden <input type="checkbox"/> Ecksprung <input type="checkbox"/> Eintrübung <input type="checkbox"/> Oberflächenbeschädigung <input type="checkbox"/> Kratzer, Absplitterung

Doppelversicherung (Bitte beantworten, falls für die vom Schaden betroffenen Sachen auch anderweitig Versicherungsschutz besteht)	
Name und Anschrift des Versicherers dortige Versicherungsnummer	
Wurden Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja, für _____ in Höhe von€ <input type="checkbox"/> ja, für _____ in Höhe von€ <input type="checkbox"/> ja, für _____ in Höhe von€

Vorschäden	
Waren Sie in den letzten 5 Jahren von Schäden betroffen?	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr _____
Welcher Versicherer leistete Ersatz? Schadenhöhe:€	

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unwahren oder unvollständigen Angaben berechtigt sein kann, dem Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz zu versagen, und zwar auch dann, wenn dem Versicherer durch die unwahren oder unvollständigen Angaben kein Schaden entstanden ist oder künftig entstehen wird.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/in/
bevollmächtigten Vertreters/in