



4/528/4603

Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: BS/BSZ/VSNR)

ABS-Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: AS-VSNR inkl. Prüfziffer)

Firmen: Sach-Schaden

Fax-Schadenmeldung (Seitenzahl _____)
(Fax-Nummer 030/53893-60422)

Vertreter-Regulierung

- Sturm/Hagel
- Elementar (Überschwemmung usw.)
- Betriebsunterbrechung/Mietverlust
- Allianz Handwerker-Service erwünscht

	Schadentag, Datum	Uhrzeit	Schadenort (Anschrift mit Postleitzahl)
Versicherungsnehmer/in	_____		_____ Straße, Haus-Nr.
	Versicherungsnehmer/in, Name		Geldinstitut
	Straße, Hausnummer		Bankleitzahl Konto-Nr. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
	PLZ, Ort		Kontoinhaber/in
	Telefon/Mobil*)	Erreichbar von / bis	Fax*)
	_____ privat	_____ Uhr	_____ privat
	_____ geschäftlich	_____ Uhr	_____ geschäftlich
			Versicherungsnehmer/in mit Vorsteuerabzug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schadenschilderung	Unverbindliche Schadenhöhe		<input type="checkbox"/> bis 1.600 EUR <input type="checkbox"/> bis 5.000 EUR
	Schadensursache / Schadenschilderung		<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR <input type="checkbox"/> über 10.000 EUR, ca. _____ EUR
Gebäude	Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Gebäude)		Schadenstelle
	Geschädigte Fläche qm	Eigentümer	<input type="checkbox"/> Wohnhaus <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Bedachung	_____	Art
	<input type="checkbox"/> Decken / Wände	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Pfanne <input type="checkbox"/> Schiefer <input type="checkbox"/> Blech <input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> Verglasungen	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Stein <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstige
	Stückzahl	_____	<input type="checkbox"/> Isolierglas <input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> Lichtkuppeln / Überdachungen	_____	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Rolläden	_____	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz
	<input type="checkbox"/> Markisen	_____	
	<input type="checkbox"/> Antenne	_____	Art / Verwendung
	Anschaffungspreis _____	1) Z = Zerstört, B = Beschädigt	<input type="checkbox"/> Radio- / Fernsehantenne <input type="checkbox"/> Satellitenschüssel
			<input type="checkbox"/> Funk- / Sendeantenne <input type="checkbox"/> Sonstiges
			<input type="checkbox"/> Einzelantenne <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsantenne
Inhalt / Hausrat	Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Inhalt, Hausrat)		
	Gegenstand	Eigentümer	Stückzahl 2) Z B A Anschaffung Zeitpunkt Monat / Jahr Neuwert Wiederbeschaffungswert Schaden- bzw. Reparaturkosten Reinigungskosten
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	2) Z = Zerstört, B = Beschädigt, A = Abhandengekommen		
Nutzbarkeit	Bewohnbarkeit, Nutzbarkeit, Reparatur		
	Wohnen, Sicherheit, Arbeitsablauf ist noch erheblich beeinträchtigt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Reparatur ausgeführt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bei BU: Die Unterbrechung des Betriebs dauert noch an		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Reparaturauftrag erteilt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ist Regen, Schnee oder Hagel durch nicht geschlossene Fenster oder andere nicht geschlossene Öffnungen eingedrungen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	War das Gebäude unbenutzt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, von _____ bis _____
	Eigentümer des Gebäudes / der Wohnung		<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Dritter (Name, Anschrift)
	Besteht für die beschädigten Sachen noch anderweitig Versicherungsschutz?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, Name und Anschrift des Versicherers		Vers.-Nr. _____
Vertreterfragen	Wurden Vereinbarungen mit VN getroffen?		<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein Haben Sie den Schaden besichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*) freiwillige Angabe Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer / in