

**Versicherungsnehmer**

Zu Schadenereignis vom: \_\_\_\_\_

Vers.-Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefax-Nr.: \_\_\_\_\_

**GLAS-SCHADENANZEIGE****Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich beantworten und die Schadenanzeige umgehend an unsere obenstehende Anschrift zurücksenden.

<b>Schadentag</b>	Datum Uhrzeit	wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt frühestens am spätestens am
-------------------	------------------	---

**1. Schadenort** (genaue Bezeichnung: PLZ, Ort, Straße, Haus-Nummer, Etage)

Wo genau entstand der Schaden? (z.B. Küche, Treppenhaus, Keller usw.)

<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> Wohnung des VN
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus		<input type="checkbox"/> Größe der Wohnung in m <sup>2</sup>

**2. Schadenhergang** (bitte ausführlich schildern: Schadenursache und Art der Beschädigung, z.B. Sprünge, Risse)

**3. Bei Schadenverursachung durch einen Dritten**  
Name und Anschrift:

Beruf: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ haftpflichtversichert bei Vers.-Gesellschaft: \_\_\_\_\_ unter VS-Nr.: \_\_\_\_\_

**4. Polizeilich aufgenommen**  nein  ja  
Anschrift der Dienststelle, Tagebuch-Nr. \_\_\_\_\_

**5. Weitere Versicherungsverträge für diesen Schadenfall** bestehen  nein  ja, für  
Name und Anschrift:

bei Vers.-Gesellschaft \_\_\_\_\_ unter VS-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungssumme: \_\_\_\_\_ EUR  
Bei Schäden durch Brand, Blitzschlag, Explosion oder Sturm: (Name und Anschrift des Gebäudeeigentümers)

Gebäude versichert bei Vers.-Gesellschaft: \_\_\_\_\_ unter VS-Nr.: \_\_\_\_\_

**6. Durchführung der Reparatur**  für ein Gerüst  für eine fahrbare Leiter  für das Wegräumen von Hindernissen  
Zusätzlicher Aufwand \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Kosten \_\_\_\_\_ EUR

**7. Schäden an Scheiben**

Glasart: Dickglas = D / Spiegelglas = Sp / Opalglas = OG / Sicherheitsglas = Si / Isolierglas = I / Bleiverglasung = BV / Ornamentglas = Om / Farbiges Kristallspiegelglas = FK

Verwendungsart A: Fensterscheibe = Fsch / Schaufenster = Sch / Stabilisierungsstreifen = St / Türscheibe = Tsch / Oberlicht = OL / Ladentischplatte = Ltp / Vitrinenscheibe = Vsch / Dachverglasung = DV

Verwendungsart B: Außenverglasung = AV / Innenverglasung = IV / Obergeschoß = Zahl / Passagen = P / Kolonnaden = K / Geschl. Kühlanlage = GK

Verwendungsart C: plan = p / gebogen = g / unbeweglich = ub / beweglich = b / senkrecht = s / schrägstehend = sch / liegend = l / Kantenbearb. = Kb / Flächenbearb. = Fb / Ganzglaskonstr. = Ggk

Verwendungsort: außerhalb von Wohnungen = AW / innerhalb von Wohnungen = IW / Ladengeschäft/Gastwirtschaft = Lg

	Scheibengröße in cm      in mm	Rahmen aus	Glasart	Verwend.-Art <b>A</b>	Verwend.-Art <b>B</b>	Verwend.-Art <b>C</b>	Verw.- Ort	Voraussichtl. Reparatur- kosten
.								

Lfd. Nr	Anzahl	Höhe	Breite	Dicke	Holz = H Metall = M ohne Rahmen = oR	Fsch Sch St Tsch	OL Ltp Vsch DV	AV IV Zahl	P K GK	p g ub Ggk	b s l Kb Fb	sch l Kb Fb	AW IW Lg	EUR

Notverglasung erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr.:		Schäden an Bemalung, Beschriftung, Beschichtung mit Lichtfilterlack, Glasbuchstaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr		Schäden an Schaufensterauslagen, Dekorationsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für lfd. Nr		3.	EUR
Kosten		Kosten		1.		4.	EUR
				2.		5.	EUR

8. Schäden an sonstigen Objekten der Glasversicherung			
Beschädigter Gegenstand	Art der Beschädigung	Ursache der Beschädigung	Schaden EUR

9. Schäden an Leuchtröhrenanlagen					
Beschreibung der Anlage					
Montage am	durch Firma (Name und Anschrift)	Die Anlage besteht aus		Garantie bis	Die Anlage arbeitete vor dem Schaden <input type="checkbox"/> einwandfrei <input type="checkbox"/> mit Flackern <input type="checkbox"/> mit Verfärbungen
		Anzahl Systemen	inges. Meter Leuchtröhren		

**Unterschriften/Zahlungen**  
 Der Versicherungsnehmer ist für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person sie niederschreibt. Wer vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, verliert seinen Versicherungsschutz auch dann, wenn dem Versicherer durch diese unrichtigen oder unvollständigen Angaben kein Nachteil entsteht.

Mehrwertsteuer:    Unternehmer  ja     nein  
 vorsteuerabzugsberechtigt     ja     nein

Zahlungen sollen überwiesen werden an:  
 Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_  
 Geldinstitut: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_