

**NAME DER VERSICHERUNGSANSTALT**

\_\_\_\_\_

**Schadensmeldung Sachschaden**

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

☐ **Glasbruch**

Polizzennummer : \_\_\_\_\_ Schadensnummer \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ort / Postleitzahl \_\_\_\_\_

**Allgemeine Fragen:**

Hat sich das Schadenereignis an ☐ ja Wo ? ( Anschrift)

oben angeführter Anschrift ereignet ? ☐ nein

Schadensdatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Schadenshöhe \_\_\_\_\_

Haben sie schon früher einen derartigen Schaden erlitten? ☐ ja  
☐ nein

Welch Anstalt hat Entschädigung geleistet ?

Bei Schäden aus der Haushalt –od. Geschäftsversicherung

Der Versicherungsnehmer ist

☐ Mieter ☐ Wohnungseigentümer ☐ Gebäudeeigentümer

Es handelt sich um ein : ☐ Ein., ☐ Zwei , ☐ Mehrfamilienwohnhaus

Entstanden auch Schäden am Gebäude ☐ ja Welche:  
☐ nein

Weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen :

☐ ja Anstalt Polizzen Nr. Versicherungssumme  
☐ nein

Wurden auch nicht versicherte ☐ ja Welche?  
Sachen beschädigt : ☐ nein Eigentümer

Wurde fremdes Eigentum betroffen ? ☐ ja Bei wem? (Name ,Anschrift)  
☐ nein

Sind sie zu diesem Schaden vorsteuerabzugsberechtigt ? ☐ ja ☐ teilweise \_\_\_\_\_ %  
☐ nein

☐ Überweisung mit Postscheck an die Adresse ☐ Bankverbindung:  
Bankleitzahl : Kontonummer: Kontoinhaber

--

**Glasbruch**

In welchem Raum ist der Schaden entstanden ?

Art der Verglasung: ☐ Fenster ☐ Kochfeld ☐ anderes Glas  
☐ Tür ☐ Portal ☐ \_\_\_\_\_

Ist das Glas gebrochen ? ☐ ja ☐ nein

Warum und wie ist es zum Schaden gekommen?  
Nähere Beschreibung des Herganges :

**Bericht des Mitarbeiter**

Versicherungssumme: ☐ ausreichend  
☐ nicht ausreichend  
€ \_\_\_\_\_

**SCHADENSFESTSTELLUNG:**

Genaue Beschreibung der betroffenen Sache      Anschaffungsdatum      Wert in €


**GESAMTSCHADEN**

Weiters bevollmächtigen wir die Oben angeführte (Seite 1) Versicherung Aktiengesellschaft und die von ihr beauftragten Personen, in einem behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen.

Mit Erhalt dieser Summe stelle(n) ich (wir) keine weiteren Ansprüche.

☐ Der Betrag wurde mir (uns) ausbezahlt.

☐ Der Betrag soll auf das umseitige Konto bezahlt werden.

Konto Nr: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Anstalt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmer(in)