

## Schadenanzeige Wohngebäudeversicherung

Schaden-Nummer (Bitte stets angeben)
Versicherungsschein-Nummer

Name des Versicherungsnehmers	Telefon	Telefax
Anschrift	Mobiltelefon	E-Mail
Die Entschädigung soll geleistet werden an		
<input type="checkbox"/> per Scheck <input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto Nr. _____ BLZ _____ Bank (PLZ, Ort, genaue Bezeichnung des kontoführenden Institutes)		

**Schadenart:**

- |   |  |                                |                                       |
|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feuer          | <input type="checkbox"/> Beschädigung durch Dritte | <input type="checkbox"/> Blitz | <input type="checkbox"/> Überspannung |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Elementar                 | <input type="checkbox"/> Sturm | <input type="checkbox"/> Sturm/Hagel  |
| <input type="checkbox"/> Glas           | <input type="checkbox"/> Sonstiges                 |                                |                                       |

**Schadenhergang**

Eintritt des Schadens bzw. Feststellung Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Hergang \_\_\_\_\_  
 Ausführliche Schilderung ggf. auf separatem Blatt \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Schadenverursacher Name und Anschrift \_\_\_\_\_

**Schadenumfang** (Aufstellung ggf. auf separatem Blatt)  
 Wertnachweise (z.B. Erstanschaffungsbelege)

Wenn vorhanden, bitte vorlegen.  sind beigefügt  werden nachgereicht  sind nicht vorhanden

Anzahl	Beschreibung der Sachen	Anschaffungsjahr	Schadenumfang (beschäd./zerstört)	Wiederbeschaffungspreis Euro	Ersatzanspruch	Wer ist der Eigentümer der Sache

**Eventuelle Reste und beschädigte Sachen müssen bis zur ausdrücklichen Freigabe durch die Versicherung aufbewahrt werden.**

Bestehen weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen?

- nein   
  ja, und zwar   
  Geschäftsversicherung   
  Hausratversicherung   
  Inhaltsversicherung

Name des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Versicherungs-Gesellschaft \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Vorschäden** (gleiche oder ähnliche innerhalb der letzten 5 Jahre)

nein       ja      Schadenhöhe in Euro \_\_\_\_\_ Schadentag \_\_\_\_\_

Schaden reguliert durch Versicherungs-Gesellschaft \_\_\_\_\_

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)?       nein       ja

---

**Erklärung**

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Datum \_\_\_\_\_ Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Bitte per Fax: **06784-98395-50** oder per E-Mail an: [info@ais-w.com](mailto:info@ais-w.com) zurück.