

Schadenmeldung Glas



Zur Weiterleitung an Ihren Makler oder an die ConceptIF, Barmbeker Str. 2-6, 22303 Hamburg
Fax: 040 696355-389, E-Mail: schaden@conceptif.de, Tel.: 040 696355-380

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherer	Policennummer	Schadensnummer

Versicherungsnehmer:

<input type="text"/>	
Vorname, Name	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail

Wann und wo ist der Schaden eingetreten?

<input type="text"/>		
Genauer Schadenort: PLZ / Ort / Straße / Stockwerk / Raum		
Wann ist der Schaden entstanden?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
Wann erhielt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit
Wann wurde der Makler bzw. der Versicherer unterrichtet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Uhrzeit

Genauere Schilderung des Schadenhergangs und weitere Erläuterungen zur beschädigten Sache

<input type="text"/>			
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sache?			
Lebt der Eigentümer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Ist der Schadenverursacher bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse	Telefon		
Besteht für den Verursacher eine Haftpflicht-Versicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Anschrift	Versicherungsschein-Nummer		
Haben Sie schon früher Schäden gleicher Art erlitten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Wann?	Höhe ca.	Währung
<input type="text"/>			
Welche weiteren Versicherungen haben Sie bei uns abgeschlossen?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Welche Glasscheibe ist beschädigt?	Verwendungszweck		
Glasart <input type="text"/>	Rahmen <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> ohne		
Farbe <input type="text"/>	Höhe <input type="text"/>	Breite <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Name und Anschrift des Glasers	Datum der Beauftragung		
Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Der Versicherer leistet nur Kostenersatz in Höhe der jeweils gültigen Reparaturrichtpreise, die zwischen dem Verband der Sachversicherer bzw. GDV und dem Glashandwerk vereinbart sind.			
Ist die Scheibe gesprungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ist die Oberfläche zerkratzt, geritzt, abgesplittet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="text"/>	Ist der Schaden hierauf zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Welche Mängel oder schadhafte Stellen hat die Umrahmung?			
Wurde der Vermieter auf diesen Mangel bereits hingewiesen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Für die weitere Schadenprüfung benötigen wir einige Unterlagen von Ihnen: Bilder der beschädigten Glasscheibe, unverbindlich die Originalrechnung, Kostenvorschläge. Bei Schäden über insgesamt 500,- € bitte unverbindliche Kostenvorschläge einreichen, da voraussichtlich eine Besichtigung erfolgen wird.			

Bankverbindung des Geschädigten für die Erstattung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Kreditinstitut	Kontoinhaber

Datum und Unterschrift (zwingend erforderlich)

Ich bin einverstanden, dass das versichernde Unternehmen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten einsehen kann. Sie bestätigen als Versicherungsnehmer die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, auch wenn ein anderer sie niederschreibt. Unrichtige Angaben können, je nach Schwere des Verschuldens, zumindest teilweise zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift