



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

Feuer

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*)	Versicherungsnehmer/in mit Vorsteuerabzug
_____ privat		_____ Uhr	_____ privat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____ geschäftlich		_____ Uhr	_____ geschäftlich	

Schadensschilderung	Unverbindliche Schadenhöhe	<input type="checkbox"/> bis 1.600 EUR	<input type="checkbox"/> bis 5.000 EUR	EUR
	Schadenursache / Schadenschilderung	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR, ca. _____	

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Gebäude)

°) Z = Zerstört, B = Beschädigt

Gebäudeteil	Geschädigte Fläche qm	°) Z B	Eigentümer	Art der Verkleidung / Tapete
<input type="checkbox"/> Bedachung	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Pfanne <input type="checkbox"/> Schiefer <input type="checkbox"/> Blech <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Decken / Wände	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Stein <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Decken / Wandverkleidungen	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Fliesen <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Tapeten	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rauhfaser <input type="checkbox"/> Mustertapete <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	_____	Art des Belages Verlegeart Unterboden
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> verklebt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> PVC

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Inhalt, Hausrat)

Gegenstand	Eigentümer	Stückzahl	°) Z B A	Anschaffung Zeitpunkt Monat / Jahr	Neuwert Wiederbeschaffungswert	Schaden- bzw. Reparaturkosten Reinigungskosten
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

°) Z = Zerstört, B = Beschädigt, A = Abhandengekommen

Nutzbarkeit

Bewohnbarkeit, Nutzbarkeit, Reparatur

Wohnen, Sicherheit, Arbeitsablauf ist noch erheblich beeinträchtigt ja nein Reparatur ausgeführt ja nein

Bei BU: Die Unterbrechung des Betriebs dauert noch an ja nein Reparaturauftrag erteilt ja nein

Schäden durch Wärme, Glut: Ausmaß der Schadenstelle _____ cm x _____ cm

Wie wurde gelöscht _____

Sonstiges

Eigentümer des Gebäudes / der Wohnung VN Dritter (Name, Anschrift) _____

Schadenverursacher (Name, Anschrift) _____

Besteht für die beschädigten Sachen noch anderweitig Versicherungsschutz? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Versicherers _____ Vers.-Nr. _____

Vertreterfragen

Wurden Vereinbarungen mit VN getroffen? ja, welche nein Haben Sie den Schaden besichtigt? ja nein

*) freiwillige Angabe Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer / in

Versicherungsnehmer / in

Schadensschilderung

Gebäude

Inhalt / Hausrat

Nutzbarkeit

Sonstiges

Vertreterfragen

PESVA00895 (0/08V) 15.8.10 FF---0890Z0