



Geschäfts- und Gebäudesachversicherung

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 282 39 60

Gesellschaft _____

Policennummer _____

Versicherungsnehmer

Name/Vorname _____	Geb.- Datum _____	Zivilstand _____
Strasse _____	PC- oder Bankkonto _____	
PLZ/Ort _____	Bank/Filiale in _____	
Tel. P. _____ Mobil _____	MWST-pflichtig _____	nein ja
Tel. G. _____ Mobil _____	MWST-Nr. _____	
Fax _____ E-Mail _____		

Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

Feuerversicherung _____	Diebstahlversicherung _____
Wasserversicherung _____	Betriebsunterbrechung _____
Glasversicherung _____	

Schadenereignis

Datum _____	Zeit (0-24) _____	Inkl. Stockwerk, Raum _____
Ort _____		Amtliche Tatbestandsaufnahme _____ nein ja
Strasse _____		Durch wen? _____

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Bestehen noch andere Versicherungen _____	Gesellschaft _____
nein ja	Police-Nr. _____

Fragen betreffend die Feuer-(Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen? _____	Ist jemand für den Schaden verantwortlich? _____
	nein ja
Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden? _____	Wer? _____

Fragen betreffend die Diebstahlversicherung

Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss? _____	Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft? _____
nein ja	
Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse? _____	Wann und welcher Polizeistation wurde der Schaden gemeldet? _____



Betriebsunterbrechungs- /Mietetragsausfallschäden

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch eine Betriebsunterbrechung oder ein Mietetragsausfall? nein ja

Wenn nein, bei welcher Gesellschaft _____

Ist dieser allenfalls bei uns versichert? nein ja Police-Nr. _____

Schadenaufstellung Bewegliche Sachen (Einrichtungen/Waren usw.) (Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen)

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis CHF	Ankaufsort	Schadenhöhe CHF
a) Gegenstände des Versicherten					
* b) Dritteigentum					

* Eigentümer der betroffenen Sachen (Eigentumsvorbehalte usw.) (leer lassen)

a) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
 Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
 PLZ/Ort _____ Fax _____ E-Mail _____

Schäden an Gebäuden

Stockwerk	Raum	Art des Schadens, notwendige Reparaturarbeiten	Rep.- Kosten CHF

Wer wird die Reparatur ausführen?
 a) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
 Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
 PLZ/Ort _____ Fax _____ E-Mail _____
 Gebäudeeigentümer (leer lassen)

Glasschäden

Anzahl	Genaue Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe CHF

Wer wird die Reparatur ausführen?
 a) Name/Vorname _____ Tel. P. _____ Mobil _____
 Strasse _____ Tel. G. _____ Mobil _____
 PLZ/Ort _____ Fax _____ E-Mail _____
 Eigentümer der beschädigten Gläser (leer lassen)

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer weiterleitet und von diesen, die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____