

**FEUER- GLAS- STURM- HAFTPFLICHT- LEITUNGSWASSER-
 EINBRUCH- DIEBSTAHL- ELEKTROGERÄTE-
 S C H A D E N M E L D U N G**

Versicherungsanstalt	Polizzenummer:
	Intern:

Richtiges Verhalten im Schadenfall!

Der bekannt gewordene Versicherungsfall (Sachschaden oder ein Schadenereignis, aus dem Ansprüche Dritter entstanden sind oder entstehen könnten) soll unverzüglich schriftlich mit diesem Schadenformular an ALLRISK gemeldet werden.

Es wird empfohlen, den Schaden nach Möglichkeit zu mindern, das Schadenbild jedoch bis zur Besichtigung durch den beauftragten Sachverständigen des Versicherers nicht zu verändern. Es sei denn, dass aus Gründen der Sicherheit oder der Wahrung von Rechten Dritter Sofortmaßnahmen notwendig sind.

Das Schadenbild durch Lichtbildaufnahmen festhalten, falls die Besichtigung durch den Sachverständigen nicht unverzüglich erfolgt und die Schadenstelle verändert werden muss.

Keinesfalls ohne vorherige Zustimmung durch ALLRISK einen Schadenersatzanspruch ganz oder zum Teil anerkennen oder vergleichen.

1) Versicherungsnehmer	
Firma / Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Tel.Nr./ Ansprechpartner	
Fax.Nr.	
Sind Sie Unternehmer ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Wenn JA sind Sie hinsichtlich der beschädigten Sachen zum Vorsteuerabzug berechtigt ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> teilweise, zu % <input type="checkbox"/> NEIN
2) Schadenort	
3) Schadendatum / Schadenzeitpunkt	
4) Schadenursache (Hergang der Beschädigung, Art der Beschädigung)	
Was wurde vom Schaden betroffen (Gebäude, Einrichtung, Warenlager, Bargeld, Pretiosen etc.)? Bei Elektrogeräten auch Angabe von Erzeugerfirma, Baujahr, Type u. Fabrikationsnummer.	

Alter der beschädigten Gegenstände (insbesondere Malerei, Tapeten etc.)				
Voraussichtlicher Gesamtkostenaufwand für die Wiederherstellung				
Wer verschuldete den Schaden (Name, Anschrift, Alter) ?				Ihre Beurteilung des Verschuldens <input type="checkbox"/> Eigenverschulden <input type="checkbox"/> Teilverschulden <input type="checkbox"/> kein Verschulden
Wurden von anderer Seite Ersatzansprüche gestellt ? (Name, Anschrift)				
Wer ist der Eigentümer der betroffenen Gegenstände ?			Bestehen für die betroffenen Gegenstände noch Verträge bei anderen Gesellschaften ? (Gesellschaft, Polizzen Nr., Versicherungssumme)	
5) Bei Schäden an Gebäudebestandteilen ausfüllen				
Name und Anschrift der Hausverwaltung bzw. des Hausinhabers			Wurde Auftrag zur Behebung des Schadens erteilt? (an wen?)	
6) Zeugen des Ereignisses				
Namen und Anschriften				
O GLASSCHADEN				
Verwendungszweck (z.B. Auslage, Eingangstüre, Spiegel, Pultplatte etc.)	Befestigungsart Holz-, Metallrahmen geschraubt, beweglich	Anzahl	Breite (cm) Länge (cm) Stärke (cm)	Glassorten und Beschaffenheit (Spiegel-, Bau-, Spezialglas) blank, belegt, geätzt, Kanten geschliffen
O WASSERSCHADEN				
Handelt es sich um Schäden an Zuleitungs- oder Abflussrohren ?				
Welche Schäden sind an angeschlossenen Einrichtungen (Apparaten) entstanden ?				
O ELEKTROGERÄTESCHADEN				
Wie lange war das Gerät in Ihrem Besitz oder Betrieb ?				Anschaffungspreis des Gerätes
Besteht eine Garantie oder Haftung des Lieferanten bzw. Erzeugers ?				Wurde das Gerät neu od. gebraucht gekauft ? <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebraucht
O EINBRUCH- und EINBRUCHDIEBSTAHLSCHADEN				
Waren die betroffenen Räume und Behältnisse verschlossen ?			Wurden Gebäudebestandteile beschädigt ? (welche) ?	

O EINBRUCH- und EINBRUCHDIEBSTAHLSCHADEN	
Anzeige erfolgte am:	wegen Bestätigung der Sicherheitsbehörde
O HAFTPFLICHTSCHADEN	
SACHSCHADEN	
Beschädigte Sachen	
Eigentümer (Name, Anschrift)	Höhe des Schadens
War Ihnen die beschädigte Sache anvertraut <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	oder hatten Sie an dieser zu arbeiten <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
PERSONENSCHADEN	
Verletzte Person(en) Name u. Anschrift	Art der Verletzung
Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Handelt es sich um einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Anmerkungen	
Ort, Datum	Versicherungsnehmer / Beauftragter

Wir ersuchen Sie um Übersendung der Rechnung innerhalb der Verjährungsfrist von 3 Jahren ab Schadeneintritt bzw. Schadenkenntnis gem. § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).

Allrisk Leue & Nill Versicherungsmakler GmbH
 Gesellschaft mit beschränkter Haftung mit Sitz in Wien, Handelsgericht Wien,
 FN 70645 s, DVR: 0490636, UID-Nummer ATU 36849504
 Vers.Verm.Reg.Nr. 990 002872F06/07, 323 12-G-9687