



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

## Schadensformular

Name Versicherungsberater: \_\_\_\_\_

Policennummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Bankkontonummer: \_\_\_\_\_

USt.-vorabzugsberechtigt?  Ja  Nein

Wurde dieser Schaden bereits gemeldet?

Wenn ja, wann und an wen: \_\_\_\_\_

Sind Sie anderweitig gegen diesen Schaden versichert?

Nein  Ja, bei;

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Policennummer: \_\_\_\_\_

Schadensdatum: \_\_\_\_\_

Schadensadresse: \_\_\_\_\_

Gibt es Einbruchspuren? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon Anzeige erstattet?  Nein  Ja, bitte Protokoll beifügen

Ursache/Beschreibung des Schadens:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zu beschädigten und/oder vermissten Gegenständen:

Marke/Typ/Name:	Kaufdatum	Kaufsumme	Schadenssumme
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

Glas: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>       Einfach     Doppel

Woraus setzt sich der Schaden zusammen? \_\_\_\_\_

Wird der Schaden mit einer gleichwertigen Scheibe behoben?     Ja                             Nein, bitte Aufstellung beifügen

Wurden Notvorrichtungen angebracht?     Nein                             Ja, bitte Aufstellung beifügen

Steht das Gebäude leer?     Nein                             Ja, seit:

Kann der Schaden behoben werden?     Nein                             Ja, zu welchem Betrag? €

Ist die Reparatur bereits ausgeführt?     Nein                             Ja, bitte Angebote/Rechnungen beifügen

Wer führt die Reparatur durch?

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

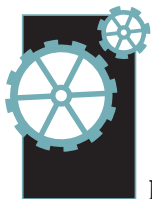
Wo und wann kann der Schaden aufgenommen werden: \_\_\_\_\_

Wer hat den Schaden verursacht?  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In welcher Beziehung steht er/sie zu Ihnen?  
(Verwandt, Beschäftigungsverhältnis, o.ä.) \_\_\_\_\_

Gibt es Mitschuldige?     Nein                             Ja, bitte Angaben beifügen

Wer war Zeuge des Vorfalls?  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

Kann der Schaden gegenüber Dritten geltend gemacht werden?  
beifügen (Name, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer)

Nein

Ja, bitten Angaben

---

---

---

Weshalb meinen Sie, dass der Schaden geltend gemacht werden kann?

---

---

---

*Falls der Schaden ein Haftungsschaden ist, bitte beantworten Sie dann nachfolgende Fragen.  
Ansonsten können Sie mit der Unterzeichnung dieses Formulars fortfahren.*

Schaden (am Besitz) Dritter:

In welcher Eigenschaft werden Sie haftbar gemacht:

Privatperson

Gewerblich

Welcher Schaden wurde zugefügt:

Personenschaden

Sachschaden

Wer ist der/die Geschädigte?

(Name, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer)

---

---

---

Bankkontonummer: \_\_\_\_\_

In welcher Beziehung steht diese(r) zu Ihnen bzw. zum/zur Veruracher(in)?

(Verwandt, Beschäftigungsverhältnis, o.ä.) \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz die Art der Verletzung und/oder den Sachschaden:

---

---

---

Bei Verletzungen: wo befindet sich der/die Betroffene? (Name und Anschrift der Einrichtung)

---

---

---



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

Ist der Geschädigte selbst gegen diesen Schaden versichert?  Nein  Ja Bei welcher Gesellschaft?

Policennummer: \_\_\_\_\_

Wurde der Schaden dort bereits gemeldet?  Nein  Ja

**Der/die Unterzeichner(in) erklärt;**

- Das die vorstehenden Fragen und Angaben nach bestem Wissen und Gewissen, richtig und wahrheitsgemäß beantwortet bzw. Gemacht wurden;
- Dass keine Besonderheiten in Bezug auf diesen Schaden verschwiegen wurden;
- Das dieses Schadensmeldungsformular und gegebenenfalls weitere vorzulegende Angaben der Gesellschaft vorgelegt werden, um den Schadensumfang und den Leistungsanspruch feststellen zu können;
- Dass er/sie den Inhalt dieses Formulars zur Kenntnis genommen hat.

Ort Datum Unterschrift Versicherungsnehmer(in)/Versicherte(r)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Von dem Versicherungsvermittler auszufüllen:**

Der Schaden wurde bereits gemeldet  schriftlich  telefonisch

Am (Datum)/ bei (Name) \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von (Name): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_