

# Schadenanzeige - Glas -

Versicherungsnehme/Vorname, Name, Firmenbezeichnung

\_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Ortsteil

\_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

Telefon/Privat	Versicherungsschein-/Schaden-Nr.	Agentur/Makler
Telefon/Geschäftlich	Ansprechpartner	Versicherungssumme

*Bitte senden Sie die Schadenanzeige unverzüglich zurück, damit wir Ihren Schadenfall schnell bearbeiten können.*

**Unverbindliche Schadenhöhe**    bis 250,- EUR    bis 500,- EUR    bis 1.000,- EUR    bis 1.500 EUR    über 1.500 EUR   ca. \_\_\_\_\_ EUR

*Bei nachträglicher wesentlicher Erhöhung muss die Alte Leipziger unverzüglich, ggf. telefonisch, informiert werden.*

1. Schadenort:	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Ortsteil		
	<input type="checkbox"/> Ein- <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> _____ Etage <input type="checkbox"/> Treppenhaus <input type="checkbox"/> Dachboden <input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Nebengebäude <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Betriebsgebäude <input type="checkbox"/> Hauswand <input type="checkbox"/> Dach <input type="checkbox"/> Laden <input type="checkbox"/> Gaststätte <input type="checkbox"/> Vitrine <input type="checkbox"/> Passage		
2. Wie groß ist die Fläche der Versicherungsräumlichkeit?	Wohnfläche: _____ m <sup>2</sup> Betriebsfläche (Büro/Laden/Lager): _____ m <sup>2</sup>		
3. Wann ist der Schaden entstanden?	Datum	Uhrzeit	Wochentag
4. Wann erhielten Sie von dem Schaden Kenntnis?	Datum	Uhrzeit	
5. Wann wurde der Schaden erstmalig gemeldet?	Datum	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> telefonisch
Wem?	Name		

6. Welche Scheibe ist betroffen?

Anzahl	Höhe cm	Breite cm	Dicke mm	Glasart (z. B. Kristallspiegelglas, gebogen oder plan)	Verwendungszweck (z. B. Schaufenster oder Tür)	Rahmen	Beschriftet oder Folie
						<input type="checkbox"/> Metall/Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> ohne Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> Metall/Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> ohne Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> Metall/Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> ohne Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> Metall/Kunststoff <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> ohne Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Welche Werbeanlage ist betroffen?

Art	Schriftzug/Beschriftung	Bezeichnung der beschädigten Teile	Anzahl der Systeme
<input type="checkbox"/> Leuchtröhrenanlage			
<input type="checkbox"/> Firmenschild			
<input type="checkbox"/> Transparent			

(Bitte wenden)

## 8. SCHADENSCHILDERUNG

Kurze, jedoch eindeutige Schilderung über den Schadenhergang und über sonstige wichtige Umstände (evtl. auch Skizze)

9. Welcher Art ist die Beschädigung?	<input type="checkbox"/> Riss/Sprung <input type="checkbox"/> Zersplittert <input type="checkbox"/> Schrammen <input type="checkbox"/> Absplitterung der Oberfläche <input type="checkbox"/> Blind <input type="checkbox"/> Loch <b>Nur für Werbeanlagen:</b> <input type="checkbox"/> Röhrenbruch <input type="checkbox"/> Kabelbrand <input type="checkbox"/> Bruch der Abdeckung <input type="checkbox"/> sonst:
10. Wurde eine Notverglasung angebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:
11. Hat eine dritte Person den Schaden verursacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name: _____ Anschrift: _____
12. Besteht eine Haftpflichtversicherung für den Verursacher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr.: _____
13. Waren Gebäude oder Räume zur Zeit des Schadens unbewohnt oder nicht genutzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: Grund: _____
14. Wurden auf dem Versicherungsgrundstück oder in der Räumlichkeit zur Zeit des Schadens bauliche Veränderungen vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
15. Wird sofortige Erneuerung gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie zum Abzug der MwSt. (§ 15 UStG) berechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, mit _____ %

### *Nur bei Schäden ab 250 EUR*

17. Besteht eine weitere Versicherung für die vom Schaden betroffenen Sachen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> ja Gebäude-Feuer/Sturm <input type="checkbox"/> Gebäude-Glas <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl <input type="checkbox"/> Hausrat/Glas <input type="checkbox"/> Gewerbe-Glas <input type="checkbox"/> Mieter/Pächter <input type="checkbox"/> Eigentümer Name: _____ Anschrift: _____ Gesellschaft: Versicherungsschein-Nr. _____
18. Welchen Glaser empfehlen Sie für die Reparaturverglasung?	Name: _____ Anschrift: _____

**Stimmen Sie den Reparaturauftrag an einen Verglasungsbetrieb mit uns ab!  
Die Glaserei ist auf das Bestehen der Glasversicherung hinzuweisen.**

Zahlungen sollen erfolgen auf Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Zahlung an Glaser (bei Vorsteuerabzugsberechtigung netto):  ja  nein

**Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich die Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat.**

**Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes auch dann nach sich ziehen, wenn die Unwahrheit oder Unvollständigkeit für den Versicherer keine nachteiligen Folgen gehabt hat.**

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----	-------	---------------------------------------