Versicherungsnehmer (Name und Anschrift):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |  | Schaden vom: |       |
|       |  | GBH-Schaden-Nr.: |       |
|       |  | Versicherer: |       |
|       |  | Versicherungs-Nr.: |       |
|       |  | GBH-Kunden-Nr.: |       |

|  |
| --- |
| Wodurch ist der Schaden entstanden? |
|       |
| Art der Beschädigung: |
| [ ]  total zertrümmert | [ ]  zerkratzt | [ ]  durchlöchert | [ ]  gesprungen |

|  |
| --- |
| Name und Anschrift des Verursachers:       |
|       |
| Haftpflichtversichert bei dem Versicherer: |  |
| Wurde der Schaden polizeilich angezeigt? | [ ]  nein | [ ]  ja, Dienststelle:       |
| Sind die Gegenstände ggf. noch anderweitig versichert? | [ ]  nein | [ ]  ja, und zwar:  | Versicherungsart:       |
| Gesellschaft:       | Versicherungsschein-Nr.:       |

|  |
| --- |
| Welche Glasscheiben sind beschädigt? |
| qm | Breite | Höhe | Glasart (Fläche mattiert, geätzt, belegt, Kanten poliert, facettiert, justiert)? | Verwendungsart (z.B. Schaufenster, Tür)? | Holzrahmen, Metall, Kunststoff oder rahmenlos  |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  nein | [ ]  ja, zu       % |
| Überweisungen bitte auf das Konto IBAN: |       | BIC: |       |
| Kontoinhaber: |       |
| Kreditinstitut: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bei Fragen bitte anrufen unter: |       | E-Mail: |       |

Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort / Datum |  | Stempel/Unterschrift Versicherungsnehmer |