

**Schadenmeldung Sachversicherung**

<b>Gesellschaft:</b>	Policen-Nr.	Schaden-Nr. (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)	
<b>Versicherungsnehmer</b> Name / Vorname: Adresse: PLZ / Ort: Telefon: E-Mail:	Bank:  KtoNr. Bank / PC Clearing	Postkonto:  KtoNr.	MWSt-pflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein MWSt-Nr.
<b>Korrespondenzadresse</b> MARC AG Versicherungen   Makler & Services	Ö@! Tel. 081 307 88 88 Fax 081 307 88 85 &@!@marc-ag.ch	Davos Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 davos@marc-ag.ch	Öä^} ä Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 ää^} ä@marc-ag.ch

Diese Schadenmeldung gilt für  **Feuer / Elementar**  **Diebstahl**  **Wasser**  **Glas**  **Betriebsunterbruch / Ertragsausfall**

**1. Schadenereignis**

Schadendatum	Schadenzeit	Schadenort
--------------	-------------	------------

**2. Schadenhergang**

Nähere Umstände, Ursache, eventuell Skizzen

**3. Schadenausmass**

Bewegliche Sachen (wenn nötig separate Liste beilegen)

Waren / Einrichtungen / Werte Gegenstände des Versicherten (Marke / Modell / Nummer)	Wertnachweise beilegen			Schadenhöhe
	Kaufdatum	Kaufpreis	Wo gekauft	
			<b>Total</b>	<b>CHF</b>
Dritteigentum				
			<b>Total</b>	<b>CHF</b>
<b>Gebäude / Gebäudeteil</b> Art des Schadens / betroffene Räume usw.				
			<b>Total</b>	<b>CHF</b>



#### 4. Eigentumsverhältnisse

Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Gegenstände?				
	Name	Vorname	Adresse	Telefon
Bewegliche Sachen				
Dritteigentum				
Gebäude				

#### 5. Weitere Versicherungen

Sind die vom Schaden betroffenen Gegenstände noch anderweitig versichert?				
Bewegliche Sachen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Gesellschaft:	Policen-Nr.
Dritteigentum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Gesellschaft:	Policen-Nr.
Gebäude	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Gesellschaft:	Policen-Nr.

#### 6. Schadenverursacher

Wer hat den Schaden verursacht?			
Name	Vorname	Adresse	Telefon
Besitzt der Verursacher des Schadens eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Gesellschaft:		Policen-Nr.	

#### 7. Schadenmeldung

Wem haben Sie den Schaden gemeldet? (Feuerwehr, Polizei, Fundbüro usw. / ev. Anzeigebestätigung beilegen)	
Der Schaden wurde gemeldet:	
a) bei	
b) bei folgendem Polizeiposten	
Datum der Anzeige	
Meldung durch (Name / Vorname)	

#### 8. Besichtigung / Rettungsmassnahmen

Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden?
Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen?

#### 9. Betriebsunterbrechungs- / Mietertragsausfallschäden

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch eine Betriebsunterbrechung oder ein Mietertragsausfall?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja: Gesellschaft:	Policen-Nr.

#### 10. Bemerkung

--

Der/die Versicherungsnehmer/in erteilt der Versicherungsgesellschaft Vollmacht, den Polizeirapport und alle weiteren amtlichen Akten einzusehen. Er/Sie bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Er/Sie ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift  
(bei Weiterleitung via E-Mail Unterschrift nicht notwendig)