



____ / ____ / _____

Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: BS/BSZ/VSNR)

____ / ____ / _____

ABS-Versicherungsschein-Nr. (Beispiel: AS-VSNR inkl. Prüfziffer)

____ - _____

Firmen: Sach-Schaden

Fax-Schadenmeldung (Seitenzahl ____)
(Fax-Nummer 0800 4 400 102)

Vertreter-Regulierung

Feuer

Betriebsunterbrechung/Mietverlust

Allianz Handwerker-Service erwünscht

Versicherungsnehmer / in

Schadentag, Datum _____ Uhrzeit _____ Schadenort (Anschrift mit Postleitzahl) _____

Straße, Haus-Nr. _____

Versicherungsnehmer / in, Name _____ Geldinstitut _____

Straße, Hausnummer _____ BIC _____ IBAN _____ privat geschäftlich

PLZ, Ort _____ Kontoinhaber / in _____

Telefon / Mobil*) _____ Erreichbar von / bis _____ Fax*) _____

_____ privat _____ Uhr _____ privat _____

_____ geschäftlich _____ Uhr _____ geschäftlich ja nein

Versicherungsnehmer/in mit Vorsteuerabzug

Versicherungsnehmer / in

Schadenschilderung

Unverbindliche Schadenhöhe bis 1.600 EUR bis 5.000 EUR

bis 10.000 EUR über 10.000 EUR, ca. _____ EUR

Schadenursache / Schadenschilderung _____

Schadenschilderung

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Gebäude)

Gebäudeteil	Geschädigte Fläche qm	Eigentümer	Art der Verkleidung / Tapete	
			Art des Belages	Verlegeart
<input type="checkbox"/> Bedachung	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Pfanne	<input type="checkbox"/> Schiefer
<input type="checkbox"/> Decken / Wände	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ziegel / Stein	<input type="checkbox"/> Beton
<input type="checkbox"/> Decken / Wandverkleidungen	_____	_____	<input type="checkbox"/> Fliesen	<input type="checkbox"/> Holz
<input type="checkbox"/> Tapeten	_____	_____	<input type="checkbox"/> Raufaser	<input type="checkbox"/> Mustertapete
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Blech	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	<input type="checkbox"/> Metall	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Fußboden	_____	_____	<input type="checkbox"/> Textil	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> verklebt	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Estrich	<input type="checkbox"/> Holz
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> verklebt	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Estrich	<input type="checkbox"/> Holz
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> PVC

Inhalt / Hausrat

Verzeichnis der vom Schaden betroffenen Sachen (Inhalt, Hausrat)

Gegenstand	Eigentümer	Stückzahl	°) Z B A	Anschaffung Zeitpunkt Monat / Jahr	Neuwert Wiederbe- schaffungswert	Schaden- bzw. Reparaturkosten Reinigungskosten
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Inhalt / Hausrat

°) Z = Zerstört, B = Beschädigt, A = Abhandengekommen

Nutzbarkeit

Bewohnbarkeit, Nutzbarkeit, Reparatur

Wohnen, Sicherheit, Arbeitsablauf ist noch erheblich beeinträchtigt ja nein Reparatur ausgeführt ja nein

Bei BU: Die Unterbrechung des Betriebs dauert noch an ja nein Reparaturauftrag erteilt ja nein

Nutzbarkeit

Sonstiges

Schäden durch Wärme, Glut: Ausmaß der Schadenstelle _____ cm x _____ cm

Wie wurde gelöscht _____

Eigentümer des Gebäudes / der Wohnung VN Dritter (Name, Anschrift) _____

Schadenverursacher (Name, Anschrift) _____

Besteht für die beschädigten Sachen noch anderweitig Versicherungsschutz? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Versicherers _____ Vers.-Nr. _____

Sonstiges

Vertreterfragen

Wurden Vereinbarungen mit VN getroffen? ja, welche nein Haben Sie den Schaden besichtigt? ja nein

Vertreterfragen

*) freiwillige Angabe

Vertreterregulierung

Versicherungsschein-Nr.

Versicherungsnehmer / in, Name

Aufgrund meiner Regulierungsvollmacht habe ich die Entschädigung von
_____ EUR ausgezahlt / überwiesen an

- Versicherungsnehmer / in
 Sonstige

LVR/KVR oder VSP-S Regulierung

Schaden-Nummer

Ort, Datum

Vertretung/ LVR/KVR/VSP-S-Nummer und Unterschrift

Von Schadenabteilung einzutragen:
Gutschrift erteilt am

.....
Zahlungsnachweis bei Barauszahlung / Barscheck

Die Entschädigung habe ich heute in bar / als Barscheck erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer / in
