

## Geschäfts- und Gebäudesachversicherung

### Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 71 411 70 80

Gesellschaft \_\_\_\_\_

Policennummer \_\_\_\_\_

### Versicherungsnehmer

Name/Vorname _____		Geb.- Datum _____	Zivilstand _____
Strasse _____		PC- oder Bankkonto _____	
PLZ/Ort _____		Bank/Filiale in _____	
Tel. P. _____	Mobil _____	MWST-pflichtig _____	nein      ja
Tel. G. _____	Mobil _____	MWST-Nr. _____	
Fax _____	E-Mail _____		

### Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart

Feuerversicherung _____	Diebstahlversicherung _____
Wasserversicherung _____	Betriebsunterbrechung _____
Glasversicherung _____	

### Schadenereignis

Datum _____	Zeit (0-24) _____	Inkl. Stockwerk, Raum _____
Ort _____		Amtliche Tatbestandsaufnahme _____
Strasse _____		nein      ja
		Durch wen? _____

### Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Bestehen noch andere Versicherungen _____	Gesellschaft _____
nein      ja	Police-Nr. _____

### Fragen betreffend die Feuer-(Brand-, Blitzschlag-, Elementar-) und Wasserversicherung

Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen? _____	Ist jemand für den Schaden verantwortlich? _____
	nein      ja
Wo können die betroffenen Sachen besichtigt werden? _____	Wer? _____

### Fragen betreffend die Diebstahlversicherung


Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss? _____	Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft? _____
nein      ja	
Wenn ja, Beschreibung der Behältnisse? _____	Wann und welcher Polizeistation wurde der Schaden gemeldet? _____

## Betriebsunterbrechungs-/Mietetragsausfallschäden

Entsteht infolge des vorstehend erwähnten Schadenereignisses auch eine Betriebsunterbrechung oder ein Mietetragsausfall?

nein                      ja

Wenn nein, bei welcher Gesellschaft

Ist dieser allenfalls bei uns versichert?      nein                      ja       Police-Nr.

**Schadenaufstellung Bewegliche Sachen** (Einrichtungen, Waren usw.) (Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen)

MARCEL RAYMANN AG  
VERSICHERUNGSTREUHAND

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis CHF	Ankaufsort	Schadenhöhe CHF
a) Gegenstände des Versicherten					
* b) Dritteigentum					

\* Eigentümer der betroffenen Sachen (Eigentumsvorbehalte usw.)

(leer lassen)

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail

### Schäden an Gebäuden

Stockwerk	Raum	Art des Schadens, notwendige Reparaturarbeiten	Rep.- Kosten CHF

Wer wird die Reparatur ausführen?

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
Gebäudeeigentümer	(leer lassen)	

### Glasschäden

Anzahl	Genauere Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.B. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe CHF

Wer wird die Reparatur ausführen?

a) Name/Vorname	Tel. P.	Mobil
Strasse	Tel. G.	Mobil
PLZ/Ort	Fax	E-Mail
Eigentümer der beschädigten Gläser	(leer lassen)	

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Marcel Raymann AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die MR AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mit beteiligte Versicherer weiterleitet und von diesen, die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

---