

# HEB-Hausratversicherung Marktplatz 3 · 64283 Darmstadt

Telefon 06151 493 500-0 · Fax 06151 493 500-9 · kontakt@heb.de · www.heb.de



## Glas-Schadenanzeige zu Vers.Sch.Nr.:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Bankverbindung  
IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### Ihre Wohnfläche in qm:

- Hauseigentümer \_\_\_\_\_  
 Wohnungseigentümer \_\_\_\_\_  
 Mieter \_\_\_\_\_  
 Einfamilienhaus \_\_\_\_\_  
 Mehrfamilienhaus \_\_\_\_\_

**Bitte immer ausfüllen!**

### Angaben zum Schadenfall: (Ohne die vollständige Beantwortung aller Fragen kann keine Regulierung erfolgen)

1. Wann hat sich der Glasbruch ereignet? Am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr  
Tag Monat Jahr

2. Wann haben Sie den Schaden erstmals gemeldet?  
 dem Bezirksvertreter  der Geschäftsstelle  
Am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr  
Tag Monat Jahr

3. Wie und in welchem Raum ist der Schaden entstanden?  
(kurze Beschreibung des Hergangs) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Um welche Glasscheibe handelt es sich?  Fenster  Zimmertür  Haustür  Mobiliarglas  Bilderglas  
 andere (welche) \_\_\_\_\_

5. Beschreibung des Glasschadens:  eine Kante ist abgeplatzt  Riss im Glas  
 Loch im Glas  Scheibe ist blind geworden  
 andere (welche) \_\_\_\_\_

6. a) Größe der Glasscheibe? \_\_\_\_\_  
b) Glasart? \_\_\_\_\_

7. Beantragter Ersatz : \_\_\_\_\_ EUR

### Erstattung des Schadens erfolgt nur gegen Vorlage der Originalrechnung!

8. Wer hat den Schaden verursacht? Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

9. Besteht für den Schadenurheber eine Haftpflichtversicherung?  ja  nein

Name und Anschrift der Versicherung? \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.? \_\_\_\_\_

10. Haben Sie eine weitere Glasversicherung,  ja  nein  
eine Hausratversicherung,  ja  nein  
eine Gebäudeversicherung gegen Feuer oder Sturm/Hagel-Schäden  ja  nein  
oder eine Elementarversicherung?  ja  nein

Name und Anschrift der Versicherung? \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.? \_\_\_\_\_

## Erklärung

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche von mir gemachten Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben worden sind, der Wahrheit entsprechen. Unrichtige Angaben führen zur Leistungsfreiheit des Versicherers.

(Ort, Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift) \_\_\_\_\_

**Anmerkungen des Bezirksvertreters:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Bezirksvertreters)

UV: \_\_\_\_\_ / Sparte/Klausel: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ HZ: \_\_\_\_\_