

**HEB-Hausratversicherung
Marktplatz 3 · 64283 Darmstadt**

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



Überspannungsschadenanzeige zu Vers.Sch.Nr.: _____

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon: _____ Fax: _____

Bankverbindung
IBAN: _____

BIC: _____ Kontoinhaber: _____

Ihre Wohnfläche in qm:
<input type="checkbox"/> Hauseigentümer
<input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer
<input type="checkbox"/> Mieter
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
Bitte immer ausfüllen!

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

1. Wann ist der Schadenfall eingetreten? 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. Wer ist Eigentümer
a) des Gebäudes? _____
b) der vom Schaden betroffenen Sachen? _____

4. a) Besteht für die bei uns versicherten Sachen noch anderweitig Versicherungsschutz? ja nein
Wenn ja: Name und Anschrift der Versicherung? _____

Vers.-Summe _____ Versicherungsschein-Nr. _____
b) Haben Sie den Schaden auch dort angezeigt? ja nein

5. Haben Sie bereits Überspannungsschäden erlitten? Wenn ja, wann? ja nein Am _____

a) Entschädigungssummen? _____
b) Von welchen Gesellschaften? _____

6. Schadenhergang: _____
(Bitte ausführlichen Geschehensablauf und bekannte oder vermutete Ursachen schildern!) _____

bitte wenden →

7. Entstand der Schaden unter Einwirkung von Blitzschlag?

ja wenn ja: Wo war der Blitzeinschlag? _____

Ca. Entfernung zum Schadensort: _____

nein

8. Sind auch Schäden in der Nachbarschaft bekannt? ja nein
ggf. bitte nähere Angaben machen:

9. Welche Gegenstände wurden vom Schaden betroffen?

Bitte lassen Sie die betroffenen Geräte von einer Fachperson prüfen, und reichen Sie uns eine Bescheinigung über die Schadenursache sowie die Angabe, ob eine Reparatur noch möglich ist und wie hoch die Kosten sind, ein!

Diese Bescheinigung ist unbedingt erforderlich!

Nr.	Bezeichnung	Anschaffungszeit	Anschaffungspreis		Schadenart: z. B. zerstört, beschädigt, ...	Wert am Schadentag in EUR	Beantragter Ersatz in EUR
			in EUR	in DM			

Falls nicht ausreichend, bitte separate Liste nach diesem Muster beifügen!

**Bitte Original-Anschaffungsrechnungen und evtl. vorhandene Reparatur- und Wiederbeschaffungsrechnungen einreichen.
Die Leistungsansprüche werden nach Eingang der Unterlagen geprüft.**

Summe

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: _____