

HEB-Hausratversicherung

Darmstädter Str. 66-68, 64372 Ober-Ramstadt

Telefon 0 61 54 / 63 77 77, Fax 0 61 54 / 63 77 57, E-Mail kontakt@heb.de, www.heb.de



Elementar-Schadenanzeige zu Vers.Sch.Nr.:

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon: _____ Fax: _____

Ihre Wohnfläche in qm: _____

- Hauseigentümer
- Wohnungseigentümer
- Mieter
- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus

Bitte immer ausfüllen!

Bankverbindung IBAN: _____

BIC: _____ Kontoinhaber: _____

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

1. Wann hat sich der Schaden ereignet? Am _____ Tag _____ Monat _____ Jahr um _____ Uhr

2. Schadensart: Überschwemmung Rückstau Erdbeben Erdsenkung
- Erdrutsch Schneedruck Lawinen Vulkanausbruch

3. Schadensschilderung: _____

Bitte reichen Sie vorhandene Nachweise wie Fotos, Zeitungsberichte, etc. ein!

4. Welche Gegenstände wurden vom Schaden betroffen?

Nr.	Bezeichnung	Anschaffungszeit	Anschaffungspreis in EUR / DM	Wert am Schadentag in EUR	Art und Umfang der Beschädigung	Beantragter Ersatz in EUR

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

Bitte wenden →

5. Wo befanden sich die beschädigten Gegenstände bei Schadeneintritt:

6. Bei einem Rückstauschaden bitten wir um folgende Angaben:

- Ist eine Rückstauklappe vorhanden? ja nein
- Falls vorhanden: Wann wurde die Funktionsfähigkeit der Klappe zuletzt geprüft? _____
- Wer hat die Prüfung durchgeführt? _____

6. Besteht für die betroffenen Sachen eine weitere Elementarversicherung? ja nein

Name und Adresse der Gesellschaft	Vers.-Schein-Nr.	aktuelle Versicherungssumme
_____	_____	_____

7. Besteht für das betroffenen Gebäude eine Gebäudeversicherung? ja nein

Name und Adresse der Gesellschaft	Vers.-Schein-Nr.	versicherte Gefahren
_____	_____	_____

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: _____