

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



Glas-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 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: _____