

Riehler Straße 90  
 50657 Köln

 Unsere Servicetelefone sind rund  
 um die Uhr für Sie besetzt:

**Vertragsservice**  
 Telefon (02 21) 77 15-50 00  
 Telefax (02 21) 77 15-286/ 287

**Schadenservice**  
 Telefon (02 21) 77 15-50 01  
 Telefax (02 21) 77 15-255

Patria Versicherung Aktiengesellschaft 50657 Köln

Herrn / Frau / Firma

## Schadenanzeige für Glasschäden

|                            |
|----------------------------|
| Schaden-Nummer             |
| Versicherungsschein-Nummer |

### Allgemeine Angaben

Bitte vorgedruckte Angaben ggf. korrigieren

|   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| Name des Versicherungsnehmers   |  | Telefon tagsüber                    | Telefon abends  |
| Anschrift   |  | FAX tagsüber                        | FAX privat  |
| Kontonummer   | Bankleitzahl   | bei (Bank, Sparkasse, Postbank)     |   |
| Wie groß ist<br><input type="checkbox"/> Ihre Wohnung bzw.<br><input type="checkbox"/> Ihr Haus ?<br>qm                                   | Sind Sie<br><input type="checkbox"/> Mieter ?<br><input type="checkbox"/> Eigentümer ? | Name und Anschrift des Eigentümers: | Handelt es sich um ein<br><input type="checkbox"/> 1-Familienhaus<br><input type="checkbox"/> 2-Familienhaus<br><input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus |
| War das Haus bzw. die Wohnung am Schadentag bewohnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil                      |  |                                     |   |
| Wurden am Schadentag Umbauten (ganz oder teilweise) an dem Gebäude vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |                                     |   |
| War das Gebäude am Schadentag bezugsfertig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann?                         |  |                                     |   |

### Angaben zum Schaden

|  |   |
|--|---|
| Wann ist der Schaden eingetreten?<br><br>Datum: _____ Uhrzeit: _____ | Wann erhielten Sie davon Kenntnis?<br><br>Datum: _____ Uhrzeit: _____   |
| Wo ist der Schaden entstanden? (vollständige Anschrift)              | Wer bemerkte den Schaden? (Name und Anschrift)                          |
| Wann wurde die Gesellschaft bzw. der Vertreter erstmals informiert?  | unbedingt angeben: <b>Wie hoch schätzen Sie den Schaden?</b><br><br>EUR |

### Wie ist der Schaden entstanden? (Es wird um eine ausführliche Schilderung der bekannten oder mutmaßlichen Ursache gebeten)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Wer hat den Schaden verursacht? Bitte Name und Anschrift angeben:

Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung?  
 nein  ja, bei der \_\_\_\_\_ Versicherungscheinnummer: \_\_\_\_\_

Der Schaden ist entstanden durch  
 Sturm  Hagel

Sind in der näheren Umgebung ebenfalls Sturm- bzw. Hagelschäden eingetreten?  
 ja  nein

Wurde der Schaden durch Sturm bzw. Hagel verursacht?  
 nein  ja, bitte folgende Angaben vervollständigen:  
Gebäudesturmversicherung Name, Anschrift: \_\_\_\_\_ Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_ Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

### Schadenumfang

Welchen Umfang (in cm) hat die beschädigte Stelle? Bitte reichen Sie Fotos, die das Schadensmaß erkennen lassen, ein.

### Glasschäden

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Welche Scheibe wurde beschädigt?<br><input type="checkbox"/> Fenster <input type="checkbox"/> Spiegel<br><input type="checkbox"/> Ceran-Kochfeld<br><input type="checkbox"/> Mobilierverglasung<br><input type="checkbox"/> Hauseingangstür<br><input type="checkbox"/> sonstige zur Wohnung gehörende Tür<br><input type="checkbox"/> Wintergartenverglasung<br><input type="checkbox"/> _____ | Welche Glasart wurde beschädigt?<br><input type="checkbox"/> Einfachglas<br><input type="checkbox"/> Isolierglas<br><input type="checkbox"/> Sicherheitsglas<br><input type="checkbox"/> Kunststoffscheibe<br><input type="checkbox"/> Blei-/Messingverglasung<br><input type="checkbox"/> _____ | Welche Maße hatte die Scheibe?<br>_____ x _____ | Beschädigungsart?<br><input type="checkbox"/> Totalschaden<br><input type="checkbox"/> Oberflächenbeschädigung<br><input type="checkbox"/> Kratzer, Absplitterung<br><input type="checkbox"/> Ecksprung<br><input type="checkbox"/> Eintrübung/Verfärbung<br><input type="checkbox"/> _____ |
|---|--|---|---|

### Schadenaufstellung (gegebenenfalls ein gesondertes Blatt beifügen)

(Bitte die Original- Anschaffungsbelege bzw. Kostenvoranschläge über voraussichtliche Reparaturkosten beifügen)

| Gegenstand (bitte eine genaue Beschreibung z.B. Art, Ausführung, Ausstattung, techn. Bezeichnung) | Anschaffungs-jahr | Anschaffungs-preis EUR | angeschafft von | Totalschaden beschädigt entwendet | Fremd-eigentum, z.B. Leasing Ratenkauf | Wiederbeschaffungs-preis, bzw. Reparaturkosten in EUR |
|---|-------------------|------------------------|-----------------|-----------------------------------|--|---|
|   |                   |                        |                 |                                   |  |   |
|   |                   |                        |                 |                                   |  |   |
|   |                   |                        |                 |                                   |  |   |

### Doppelversicherung

(Bitte beantworten, falls für die vom Schaden betroffenen Sachen auch anderweitig Versicherungsschutz besteht.)

Name und vollständige Anschrift des Versicherers \_\_\_\_\_

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| dortige Vertragsnummer _____ | Wurden Ansprüche geltend gemacht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Falls ja, in welcher Höhe und für welche Sachen?<br><br>EUR _____ |
|------------------------------|--|---|

### Vorschäden

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| Waren Sie in den letzten 5 Jahren von Schäden betroffen?<br><input type="checkbox"/> ja, im Jahr _____<br><input type="checkbox"/> nein | Welche Gesellschaft leistete Ersatz?<br>_____ | Schadenhöhe?<br>EUR _____ |
|---|---|---------------------------|

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

**Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben bewirken die Leistungsfreiheit des Versicherers, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.**

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_