

## Schadenanzeige Sachversicherung

(Gilt nicht für Glasbruch-, Reisegepäck- und Fahrraddiebstahlschäden)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Barmenia-Kunde,

wir erhielten Kenntnis von dem Schadensfall und bitten Sie, diese Schadenanzeige genau und sorgfältig ausgefüllt an die Hauptverwaltung sofort zurückzusenden. Vielen Dank.

Bedenken Sie bitte, dass wir ohne Ihre Angaben den Fall nicht bearbeiten können.

Freundliche Grüße  
 Abt. Schaden BA

|               |                                                |                                                 |                                      |                                                              |
|---------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Schadenart: * | <input type="checkbox"/> Brand/Blitz/Explosion | <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl      | <input type="checkbox"/> Raub        | <input type="checkbox"/> Leitungswasser                      |
|               | <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung | <input type="checkbox"/> Einbruch in Kfz        | <input type="checkbox"/> Sturm/Hagel | <input type="checkbox"/> Transport-/Werkverkehrsversicherung |
|               | * Zutreffendes bitte ankreuzen!                |                                                 |                                      |                                                              |
|               | <input type="checkbox"/> Elementar             | <input type="checkbox"/> Elektronikversicherung |                                      |                                                              |

### A-Allgemeine Fragen

### Antworten des Versicherungsnehmers

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>1. Versicherungsnehmer</b>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 1.1 Name, Vorname, Geb.-Datum                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 1.2 Beruf, Art des Betriebes                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 1.3 Straße / Hausnummer<br>Postleitzahl, Wohnort                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 1.4 Tagsüber telefonisch zu erreichen unter Rufnummer                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | E-Mail                                      |                                                               |
| 1.5 Konto-Nr. für Zahlungen / Bankleitzahl (BLZ)                                  | BLZ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                               |
| 1.6 Name des Geldinstituts                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 1.7 Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?                                       | <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja                 |                                                               |
| 2.1 Der Schaden ereignete sich am / Uhrzeit                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 2.2 Schadenort (Ort, Straße)                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 2.3 Raumbezeichnung                                                               | <input type="checkbox"/> Keller                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Erdgeschoss        | <input type="checkbox"/> _____ Etage <input type="checkbox"/> |
| 3. Wann haben Sie den Schaden bemerkt (Datum/Uhrzeit)?                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                               |
| 4. Das Gebäude/der Raum/die Wohnung war am Schadentag                             | <input type="checkbox"/> benutzt                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> bezugsfertig       | <input type="checkbox"/> bewohnt                              |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> unbenutzt                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nicht bezugsfertig | <input type="checkbox"/> unbewohnt seit: _____                |
| 5. Sind Sie Mieter, Pächter oder Eigentümer des Gebäudes, der Räume oder Wohnung? | <input type="checkbox"/> Mieter                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Pächter            | <input type="checkbox"/> Eigentümer                           |
| 6. Es handelt sich um ein(e)                                                      | <input type="checkbox"/> Wohnung in Mehrfamilienhaus<br><input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wochenendhaus<br><input type="checkbox"/> Gartenhaus <input type="checkbox"/> sonst. _____                                                                                                        |                                             |                                                               |
| 7. Wer ist der Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?                     | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Kunde<br><input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Vermieter<br><input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> sonst. _____ |                                             |                                                               |
| 8. Lebt der Eigentümer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft?                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                                               |
| 9. Bei Hausratversicherung                                                        | zum Haushalt zählen: _____ Erwachsene(r) _____ Kind(er)<br>Anzahl der Räume: _____ Anzahl der qm: _____                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                                               |
| 10. Wurde der Barmenia der Schaden gemeldet und wann?                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am _____                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                                               |

|                                                                                                                                                                  |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 11. Bei welcher Polizeibehörde haben Sie den Schaden gemeldet (bitte Adresse angeben) und wann?<br><br>Tagebuch-Nr.:<br><br>Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft: | am _____ Uhrzeit _____ |
|                                                                                                                                                                  | _____                  |
|                                                                                                                                                                  | _____                  |

**Hinweis: Sie sind verpflichtet, Brand-, Explosions-, Einbruchdiebstahl-, Diebstahl- und Beraubungsschäden der Polizei zu melden und eine vollständige Schadenaufstellung einzureichen. Falls bisher nicht geschehen, bitte sofort nachholen! Andernfalls kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |                               |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 12. Hat ein Dritter den Schaden verursacht?                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja (Name und Anschrift): _____                                                                           |                               |                             |
| 13. Hatten Sie bereits früher<br><input type="checkbox"/> Brand-/Blitz-/Explosions-,<br><input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl-, <input type="checkbox"/> Raub-, <input type="checkbox"/> Leitungswasser- oder<br><input type="checkbox"/> Sturmschäden bei anderen Gesellschaften?<br>Wurde Entschädigung geleistet oder abgelehnt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schadenhöhe: _____<br>Versicherungs-/Schadennummer: _____<br>Name und Anschrift der Gesellschaft: _____ |                               |                             |
| 14. Sind die gleichen Gegenstände noch bei anderen Versicherern versichert? Durch eine                                                                                                                                                                                                                                                   | Hausratversicherung?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Reisegepäckversicherung?                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Glasversicherung?                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Gebäudeversicherung?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Haushaltsgeräteversicherung?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fotoapparateversicherung?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Schmuck- und/oder Pelzversicherung?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Kfz-Gepäckversicherung                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Technische Versicherung                                                                                                                                            |                               |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (Masch./Bauwes./Schwachstrom)?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige Versicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja   |                             |
| Name und Anschrift der Gesellschaft:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    | _____                         |                             |
| Versicherungsnummer:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    | _____                         |                             |
| Versicherungssumme:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    | _____                         |                             |

**B-Zusatzfragen** - bitte zusätzlich beantworten bei:

|                                                                                                              |                                                                                                                            |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>1.1 Brand</b>                                                                                             |                                                                                                                            |                          |
| 1.1.1 Welcher Art sind die Beschädigungen?                                                                   | <input type="checkbox"/> Oberflächenverfärbung <input type="checkbox"/> Total verbrannt <input type="checkbox"/> Brandloch |                          |
| 1.1.2 Geben Sie bitte die Anzahl und den Durchmesser des größten Brandloches an.                             | Anzahl _____                                                                                                               | cm Ø _____<br>cm Ø _____ |
| 1.1.3 Musste gelöscht werden und ggf. mit welchen Mitteln?                                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit _____                                                       |                          |
| <b>1.2 Blitzschlag</b>                                                                                       |                                                                                                                            |                          |
| 1.2.1 Sind Schäden am Gebäude entstanden?                                                                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____                                                   |                          |
| 1.2.2 Liegt ein Überspannungsschaden durch Blitz vor?                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                  |                          |
| <b>2.1 Einbruchdiebstahlschäden</b>                                                                          |                                                                                                                            |                          |
| 2.1.1 Bei Einbruch durch die Wohnungstür:<br>War diese ordnungsgemäß abgeschlossen?                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                  |                          |
| 2.1.2 Waren Fenster und alle sonstigen Öffnungen der Wohnung ordnungsgemäß verschlossen?                     | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, welche nicht? _____                                          |                          |
| 2.1.3 Sind sichtbare Einbruchmerkmale verblieben?<br>(z. B. an Wänden, Decken, Fenstern, Türen, Schlössern)? | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, welche? _____                                                |                          |
| 2.1.4 Was benutzte der Dieb zum Öffnen?                                                                      | <input type="checkbox"/> richtige Schlüssel <input type="checkbox"/> Nachschlüssel _____                                   |                          |
| 2.1.5 Sind Behälter aufgebrochen worden<br>(z. B. Schränke, Kassetten)?                                      | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, welche? _____                                                |                          |
| <b>2.2 Diebstahlschaden durch Aufbrechen von Kraftfahrzeugen</b>                                             |                                                                                                                            |                          |
| 2.2.1 Art des Fahrzeuges                                                                                     | <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw Typ _____                                                        |                          |
| 2.2.2 Waren Fenster, Türen, Gepäckraum ordnungsgemäß verschlossen?                                           | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja                                                               |                          |
| 2.2.3 Wann und warum wurde es abgestellt?                                                                    | am _____ Uhrzeit _____                                                                                                     | Grund _____              |
| 2.2.4 Wann stellten Sie den Diebstahl fest?                                                                  | am _____ Uhrzeit _____                                                                                                     | _____                    |



Fügen Sie bitte Rechnungen und sonstige Belege bei.  
(Falls der Raum nicht ausreicht, fertigen Sie eine besondere Aufstellung.)

[illegible]

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

## Leistungsfreiheit

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

### **Pflichten mitversicherter Personen/Dritter:**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Unterschrift des Versicherungsnehmers