

Vertrags-/Schadennummer:

Die hier verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechteridentitäten.

**VOLKSWOHL BUND, Postfach, 44128 Dortmund**  
**E-Mail: [schaden@volkswohl-bund.de](mailto:schaden@volkswohl-bund.de)**

## Schadenanzeige zur Hausratversicherung

### Feuer

Einfach die Schadenanzeige ausgefüllt zurückschicken oder als Foto mit weiteren Unterlagen hochladen über [www.vb-schaden.de](http://www.vb-schaden.de).



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnehmer<br>Straße, Hausnummer<br>PLZ, Ort<br>Schadenadresse (falls abweichend)<br>Telefon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br><br><br><br><br>Privat:<br>Mobil:<br>Dienstlich:<br>Fax:                                                                                                                                                   |
| <b>Einverständnis zum E-Mail-Schriftwechsel</b> (bitte ankreuzen!) an E-Mail:<br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , bitte führen Sie die <b>Korrespondenz zu diesem Schaden per E-Mail</b> an die oben genannte Mailadresse. Mein E-Mail-Postfach rufe ich regelmäßig ab. Je nach Inhalt werden einige Dokumente auch weiterhin per Post zugestellt. Mir zugesandte E-Mails können personenbezogene und andere sensible Daten enthalten. Trotz gesichertem Verschlüsselungsverfahren kann die Vertraulichkeit des Inhalts nicht gewährleistet werden. Ich kann die von mir gewünschte Kommunikation per E-Mail jederzeit durch schriftliche oder textliche Erklärung für die Zukunft widerrufen. |                                                                                                                                                                                                                |
| Wie hoch schätzen Sie den eingetretenen Schaden?<br>Wann hat sich der Schaden ereignet?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> bis 500 € <input type="checkbox"/> bis 1.000 € <input type="checkbox"/> bis 5.000 € <input type="checkbox"/> über 5.000 €<br>Datum:      Uhrzeit:                                     |
| Haben Sie den Schaden der Polizei gemeldet?<br>Wenn ja: Wie lautet die Adresse der Polizeistelle?<br>Wie lautet die Tagebuch-Nr. der Polizei?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Datum:<br><br><br>                                                                                                                              |
| Wie entstand der Schaden?<br>(Bitte genauen Schadenhergang schildern)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                       |
| Hat eine sichtbare Flamme vorgelegen?<br>Wer hat den Brand bemerkt?<br>Wo befanden Sie und Ihre Mitbewohner sich zu diesem Zeitpunkt?<br>Wurde der Raum, in dem das Feuer entstand zum Zeitpunkt des Schadens beaufsichtigt?<br>Welche Maßnahmen wurden zur Minderung des Schadens getroffen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur ein Glimmen / Glühen<br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      von:<br><br><br> |

|                                                                  |                                        |                                             |                                            |                                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| Wo hat sich der Schaden ereignet?                                | <input type="checkbox"/> Hauptgebäude  | <input type="checkbox"/> Nebengebäude       | <input type="checkbox"/> Garage            | <input type="checkbox"/> _____ |
| Handelt es sich um...?                                           | <input type="checkbox"/> Mehrfamilien- | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus    | <input type="checkbox"/> Gartenhaus        | <input type="checkbox"/> _____ |
| In welcher Etage entstand der Schaden?                           | <input type="checkbox"/> Erdgeschoss   | <input type="checkbox"/> Untergeschoss      | <input type="checkbox"/> _____ Etage       |                                |
| In welchem Raum entstand der Schaden?                            | <input type="checkbox"/> Wohnzimmer    | <input type="checkbox"/> Schlafzimmer       | <input type="checkbox"/> Kinderzimmer      | <input type="checkbox"/> Flur  |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> Küche         | <input type="checkbox"/> Bad                | <input type="checkbox"/> _____             |                                |
| Sind Sie...?                                                     | <input type="checkbox"/> Mieter        | <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer | <input type="checkbox"/> Gebäudeeigentümer | <input type="checkbox"/> _____ |
| Wenn Sie Mieter sind: Wer ist Gebäudeeigentümer?                 | Name: _____                            |                                             |                                            |                                |
|                                                                  | Adresse: _____                         |                                             |                                            |                                |
|                                                                  | Name: _____                            |                                             |                                            |                                |
| Bei welchem Versicherungsunternehmen ist das Gebäude versichert? | Vers.-Nr.: _____                       |                                             |                                            |                                |

|                                                           |                                                           |                                           |                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen?               | <input type="checkbox"/> Vers.nehmer                      | <input type="checkbox"/> Familienmitglied | <input type="checkbox"/> _____ |
| Wenn nicht Vers.nehmer: Name des Eigentümers?             | _____                                                     |                                           |                                |
| Sind die beschädigten Sachen noch anderweitig versichert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                           |                                |
| Wenn ja: Bei welcher Versicherung?                        | Name: _____                                               |                                           |                                |
|                                                           | Vers.-Nr.: _____                                          |                                           |                                |

**Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen** (bei Bedarf bitte gesondertes Blatt beifügen)

| Beschreibung des Gegenstandes (Marke, Typ, Art)      | Art und Umfang der Beschädigung | Stück/qm | Alter (Jahre) | Anschaffungspreis (in €) | Reparaturkosten (in €) | Wiederbeschaffungspreis (in €) | Beleg? (ja/nein) |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|---------------|--------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------|
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
|                                                      |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |
| <input type="checkbox"/> gesondertes Blatt beigefügt |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |

**Bitte beachten: Die beschädigten Sachen sind bis zu einer Entscheidung von uns aufzubewahren!**  
**Reichen Sie bitte Fotos der beschädigten Sachen ein.**

|                                     |                                                                                                  |                                                                                       |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Die Regulierung soll erfolgen an... | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer                                                     | <input type="checkbox"/> Reparaturfirma                                               | <input type="checkbox"/> _____ |
| Auf wessen Konto sollen wir zahlen? | <b>Kontoinhaber:</b> <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> _____ |                                                                                       |                                |
| Bankverbindung:                     | IBAN:                                                                                            | <div>DE</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |                                |
|                                     | Bankinstitut:                                                                                    | _____                                                                                 |                                |

**WICHTIGER HINWEIS**

**Wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zurückzusenden.**

**Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.**

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers