

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

**Sachschadenanzeige**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Brand, Blitzschlag, Explosion</b>           | <input type="checkbox"/> <b>Leitungswasser</b>                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Einbruchdiebstahl, Diebstahl, Beraubung</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sturm, Hagel, Schneedruck, Erdbeben</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Fahrraddiebstahl</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Glasbruch</b>                           |
| <input type="checkbox"/> <b>Elektronik, E-Zusatz</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Betriebsunterbrechung</b>               |
| <input type="checkbox"/> <b>Datenverlust</b>                            | <input type="checkbox"/>  |

Polizzenummer		Versicherungsnehmer: Familienname, Titel		Vorname	
Beruf, Art der Beschäftigung bzw. Betriebsart			E-Mail		
IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort		Telefon-Nr.	Fax-Nr.
Straße			Haus-, Ort-Nummer		

**Allgemeine Fragen – bei jedem Schaden zu beantworten!**

Wie hoch schätzen Sie den eingetretenen Schaden?	<input type="checkbox"/> bis € 1.000,-	<input type="checkbox"/> bis € 4.000,-	<input type="checkbox"/> über € 4.000,-
Schadendatum:	Schadenort:		
Ist für diesen Schaden ein Dritter verantwortlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, wer?			
Sind Sie Gebäudeeigentümer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn nein, Name und Anschrift des Gebäudeeigentümers bzw. der Hausverwaltung:			
Handelt es sich um ein	<input type="checkbox"/> Eigenheim	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienwohngebäude	
Besteht für die beschädigten Sachen bzw. Gebäude eine Versicherung bei einer anderen Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Versicherungsgesellschaft:	Polizze-Nr.:		
Wurde auch fremdes Eigentum betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, wem gehört es?			
Welche Maßnahmen wurden getroffen, um weitere Schäden zu vermeiden?			
Welche Firma wurde mit der Behebung des Schadens beauftragt? (Service-/Wartungsbericht beifügen)			
Wurde bereits ein Kostenvoranschlag über den notwendigen Reparaturaufwand erstellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Höhe der voraussichtlichen Reparaturkosten:			
Wann können Sie voraussichtlich Ihre Tätigkeit wieder ausüben bzw. den Betrieb wieder aufnehmen?			

**Fragen zu dem vom Schaden betroffenen Versicherungsweig (auch Haushaltsversicherung)**

**Einbruch / Diebstahl / Fahrraddiebstahl im Freien**

Wie ist der Täter in die Versicherungsräumlichkeiten eingedrungen? Welche Spuren eines gewaltsamen Eindringens wurden festgestellt?	
War die Versicherungsräumlichkeit unbewohnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?	
Aus welchen Behältnissen (Möbel, Kassen, usw.) wurden Sachen entwendet?	
Wie waren diese versperrt?	
War das Fahrrad abgesperrt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Art der Sicherung:	

**Leitungswasser**

War das Gebäude	<input type="checkbox"/> bewohnt	<input type="checkbox"/> länger als 72 Stunden unbewohnt (seit wann?)
Wurden Frostschutzvorkehrungen getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?		

**Informationsverlust- und Datenträgerversicherung**

Wann haben Sie letztmalig die Daten gesichert?

Wo und in welcher Form wurden gesicherte Daten aufbewahrt?

Gibt es für die beschädigte Anlage eine Versicherung bzw. einen Fullservicevertrag?  ja  neinKönnen die verlorengegangenen Daten wiederbeschafft bzw. wiederhergestellt werden?  ja  nein**Betriebsunterbrechung durch Unfall / Krankheit / Quarantäne**War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich?  ja  nein

Wenn ja, wo? Dauer?

Welche Behörde hat die Verfügung über die Quarantäne getroffen?

Dauer? Ursache?

Wer ist der behandelnde Arzt? (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)

Genauere Diagnose: Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit:Besteht eine private Unfall- bzw. Krankenversicherung?  ja  neinWenn ja, Versicherungsgesellschaft: Polizze-Nr.:Wurden Sie wegen dieser Krankheit bereits behandelt?  ja  neinWenn ja, warum, wo? Krankenhaus:

Behandelnder Arzt:

**Ursache und Hergang des Schadens – bitte in jedem Fall und ausführlich schildern (evtl. Skizze)!****Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (auch beschädigte Datenträger)**

Lfd. Nr.	Beschreibung der Gegenstände (Marke, Type, Art)	Alter	Anschaffungspreis	Reparaturkosten	heutiger Wiederbeschaffungspreis

**Besichtigungsmöglichkeit (Termin, Ort, Telefon)****(Beschädigte Teile müssen bis zur Schadenerledigung unbedingt für eine etwaige Besichtigung aufbewahrt werden!)****Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?**  teilweise: zu %  ja  nein**Wichtig für Brand, Einbruchdiebstahl, einfachen Diebstahl und Beraubung: Zeigen Sie bitte jedes dieser Ereignisse der zuständigen Polizei- oder Gendarmeriedienststelle unverzüglich an und lassen Sie sich die Anzeigerstattung bestätigen.**Erfolgt behördliche Erhebungen?  ja  nein

von ..... am ..... Aktenzahl .....

**Wohin soll die Entschädigung überwiesen werden?** BLZ: Kontonummer:Geldinstitut: Kontoinhaber:

**Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in alle den Schaden betreffenden Akten Einsicht zu nehmen. Beschädigte Sachen bzw. Teile bewahre ich bis zur Erledigung des Schadenfalles oder entsprechenden Weisung der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft auf.**

Ort, Datum Unterschrift aller Versicherungsnehmer**BITTE SCHADENMELDUNG UNVERZÜGLICH WEITERLEITEN!**

**Generaldirektion** | A-8010 Graz, Joanneumring 22 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: merkur@merkur.at | www.merkur.at | Servicetelefon: 0800/206080

Landesdirektionen: **1041 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23 - 25, 01/5055744-47 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | 4021 Linz, Volksgartenstraße 17, 0732/664466  
**5020 Salzburg**, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | 6021 Innsbruck, Leopoldstraße 17, Merkur-Hof, 0512/59840 | **6851 Dornbirn**, Mozartstraße 3, 05572/24505

**8010 Graz**, Conrad v. Hötzendorfstraße 86, 0316/8083-0 | **9021 Klagenfurt**, Lidmanskýgasse 17, 0463/511848

Merkur Versicherung Aktiengesellschaft | Firmenbuch FN 38045 z | LG Graz als Firmenbuchgericht | UID: ATU28646007 | St.Sp.k.: BLZ 20815 Kto. 0000-133280