## **HEB-Hausratversicherung**

## Marktplatz 3 · 64283 Darmstadt Telefon 06151 493 500-0 · Fax 06151 493 500-9 · kontakt@heb.de · www.heb.de



Gla	ıs-Schadenaı	nzei	ge z	u Ve	rs.S	ch.N	r.:																
Name, Vorname Straße, Haus-Nr.																		Haus Woh	eiger nung:	e in q ntüme seiger	r	r	
PLZ, Wohnort															Mieto Einfa		nhaus	;					
Telefon:			Fax:								☐ Mehrfamilienhaus Bitte immer ausfüllen!												
Bankverbindung IBAN:																							
BIC:													Konto	Contoinhaber:									
Anga	aben zum Schade	nfall:			(Ohn	e die v	ollst/	ändige	e Bear	ntwo	rtung	aller I	rager	n kann	kein	e Reg	Julieru	ıng er	folge	n)			
1. Wann hat sich der Glasbruch ereignet?							Am Marata			<u> </u>					um				Uhr				
2.	Wann haben Sie den Schaden erstmals gemeldet												Monat Jahr					l			I Ilau		
	☐ dem Bezirksvertreter ☐ der Geschäf						tsstelle			Am	Tag	Monat			Jahr				um			Uhr	
3.	Wie und in welchem Raum ist der Schaden entstanden? (kurze Beschreibung des Hergangs)																						
4.	4. Um welche Glasscheibe handelt es sich?						Fenste andere		□ che)	Zimm	ertür		Haust	ür		Mobil	iarglas			Bilder	glas		
5.	Beschreibung des Glasschadens:							eine Ka	ante is	st abg	eplatzt			Riss i	m Gla	S							
								Loch ir	n Glas	5				Scheib	oe ist l	blind g	eword	en					
		□ andere (welche)																					
6.	a) Größe der Glass	scheibe	e?																				
	b) Glasart?																						
7.	Beantragter Ersatz	z:										EUR											
	Erstattung des S	Schad	ens ei	folgt	nur ge	egen V	/orla	ge der	Origii	nalre	chnun	g!											
8.	Wer hat den Scha		Name, Vorname:																				
	Geb.Datum:							Anschrift:															
9.	Besteht für den So	chaden	urheb	er eine	Haftpf	flichtve	rsiche	erung?						ja			nein						
	Name und Anschrift der Versicherung?																						
											Versio	herun	gssche	in-Nr.?									
10.	10. Haben Sie eine weitere Glasversicherung, eine Hausratversicherung, eine Gebäudeversicherung gegen Feuer oder Stur oder eine Elementarversicherung?					r Sturr	rm/Hagel-Schäden						ja ja			nein nein nein nein							
	Name und Anschrift der Versicherung?																						
	Versicherungssche	ein-Nr.?	,																				

bitte wenden

## 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 o	les Bezirksvertre	ters:										
			(Unterschrift des Bezirks	svertreters)								
UV:	1	Sparte/Klausel:	€	Datum:	HZ:							