

**Glasschutzkasse a.G.
von 1923 zu Hamburg**

**Bei dem Neuen Krahn 2
20457 Hamburg**

**Tel: 36 98 14 28
Fax: 36 98 12 22**

SCHADEN-ANZEIGE

zu Versicherungsschein Nr. Schaden Nr/.....
Mitglied: Anschrift:
.....
Grundstück: Mieter:.....

Schei-
ben/Anzahl:.....Glassorte:.....Rahmen:.....Größe:.....

Nur bei Isolierverglasung auszufüllen: War die Scheibe schon bei Schadeneintritt **blind** durch Eindringen von Feuchtigkeit oder Luft? ja/seit wann? nein

Wann ist der Schaden entstanden? Datum: Uhrzeit:

Wodurch ist der Schaden
entstanden?

**Genauere Schilderung der
Schadenursache!**

Wer hat den Schaden verursacht?
**Name, Anschrift des Schadenur-
hebers bzw. Täters (bei Kindern
bitte Alter angeben).**

Wer kann den Vorfall bezeugen?
Name, Anschrift!

Ist die Polizei benachrichtigt?
Wann ? Welche Wache?
Aktenzeichen!

Wie ist die Scheibe beschädigt? _____ Skizze:
Risse,
Löcher,
Sprünge.
Wenn Notverglasung:
wie groß und wann ausgeführt?
Datum:.....
Uhrzeit:.....

Ersatzkosten
Sind Sie zum Vorsteuerabzug
im Sinne des Umsatzsteuer-
gesetzes berechtigt?
ja / nein

Besteht für die Scheibe
noch eine Versicherung?
Bei Einbruch durch die Tür,
bitte ED-Versicherung angeben.

bitte wenden!

Der Reparaturauftrag wird von der Glasschutzkasse vergeben!

Ausnahmen hiervon nur in Notfällen bei Notverglasung.

Unser Vertrags-Glaser: Fa. Breiter, ☎ 040 / 439 38 32 - Notdienst 04101 / 338 02

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben, wobei ich ausdrücklich erkläre, daß ich bei **unrichtigen** und **unvollständigen** Angaben des Sachverhalts der Glasschutzkasse a.G. von 1923 zu Hamburg gegenüber **schadenersatzpflichtig** bin.

Hamburg, den..... Hamburg, den.....

(Unterschrift des Mitgliedes)

(Unterschrift des Mieters)

Nicht vom Mitglied auszufüllen!

Schadenregulierung:

- | | | |
|----|---|---------------|
| 1. | Liegt ein ersatzpflichtiger Schaden vor? | Ja / Nein |
| 2. | Ist der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr bezahlt? | Ja / Nein |
| 3. | Rechnung der Glaserei _____
vom _____ über EURO _____ | mit/ohne MWSt |
| 4. | Rechnung geprüft: _____ | |
| 5. | Rechnung überwiesen: _____ | Postgiro |

Hamburger Bank
von 1861

Beleg Nr.: _____

Schaden archiviert: _____