



Projekt-Nr.		Schadennummer		Versicherer	
Objekt, Adresse				Etage, Lage	
Aufgenommen von				Datum, Uhrzeit	

Beteiligte	Name	Telefon	E-Mail
Versicherungsnehmer			
Mieter, Nutzer			
Hausverwaltung			
Gutachter, Schadensteuerer			

Schaden

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Leitungswasser | ☐ Brand, Ruß |
| ☐ Schimmel | ☐ Sturm, Hagel |
| ☐ Starkregen, Hochwasser | ☐ Sonstiges |

Schadentag _____

Ursache _____

Stand vor Ort

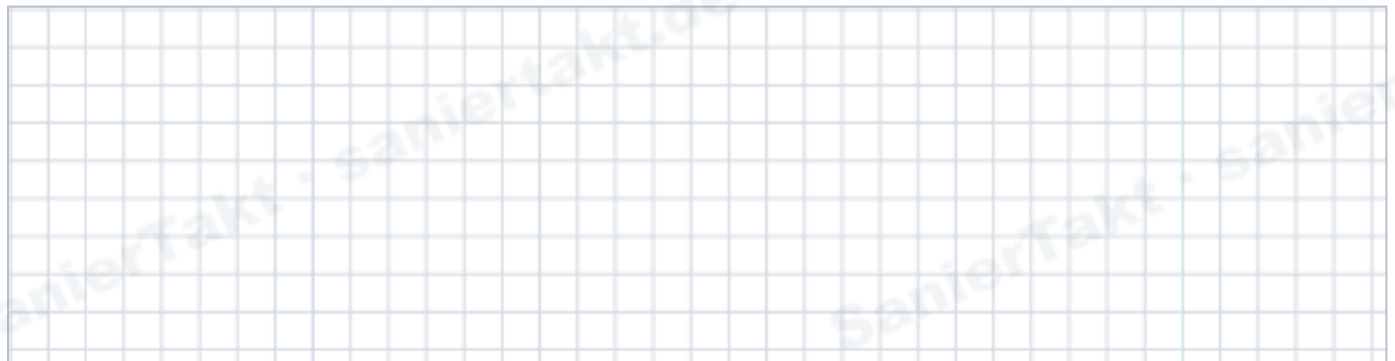
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ursache behoben | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leckortung nötig | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Strom sicher | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Asbest möglich (Baujahr) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Fotos gemacht | Anzahl _____ | |

Betroffener Raum	Decke	Wand	Boden	Fläche m ²	Material, Bemerkung

Sofortmaßnahmen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Wasser abgestellt | ☐ Wasser abgesaugt | ☐ Möbel geräumt |
| ☐ Notabdichtung | ☐ Trockner aufgestellt: _____ | ☐ Schlüssel übergeben |

Skizze

 Grundriss mit Schadenbereich, Ursache, Türen und Fenstern. 1 Kästchen = _____ m

Ort, Datum, Unterschrift Techniker

Unterschrift Kunde