

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 Gebäudeversicherung

## Blitzschlag / Überspannung

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: Mobil:<br>Dienstlich: 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Wie entstand der Schaden?<br>(Bitte genauen Schadenhergang schildern)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen?<br>Wenn nicht Vers.nehmer: Name des Eigentümers?<br>Sind auch in der Nachbarschaft Blitz-/<br>Überspannungsschäden entstanden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Vers.nehmer <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Wo hat der Blitz eingeschlagen?<br><br>In welchem Gebäudeteil?<br>Handelt es sich um...?<br>Wer bewohnt das Gebäude?<br>Bei welchem Versicherungsunternehmen ist der<br>geschädigte Mieter mit dem Inventar versichert?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> unbekannt</td><td><input type="checkbox"/> Vers.gebäude</td><td><input type="checkbox"/> Grundstück des Vers.nehmers</td><td><input type="checkbox"/> Antenne</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Nachbarschaft</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hauptgebäude</td><td><input type="checkbox"/> Nebengebäude</td><td><input type="checkbox"/> Garage</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mehrfamilien-</td><td><input type="checkbox"/> Einfamilienhaus</td><td><input type="checkbox"/> Gartenhaus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sie selbst</td><td><input type="checkbox"/> Mieter, und zwar:</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">Name: <br/></td></tr><tr><td colspan="4">Vers.-Nr.: <br/></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> unbekannt                   | <input type="checkbox"/> Vers.gebäude | <input type="checkbox"/> Grundstück des Vers.nehmers | <input type="checkbox"/> Antenne | <input type="checkbox"/> Nachbarschaft | <input type="checkbox"/>                                             |                               |                             | <input type="checkbox"/> Hauptgebäude | <input type="checkbox"/> Nebengebäude | <input type="checkbox"/> Garage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mehrfamilien- | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Gartenhaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sie selbst | <input type="checkbox"/> Mieter, und zwar: |  |  | Name:<br> |  |  |  | Vers.-Nr.:<br> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Vers.gebäude                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Grundstück des Vers.nehmers | <input type="checkbox"/> Antenne      |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nachbarschaft                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hauptgebäude                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Nebengebäude                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Garage                      | <input type="checkbox"/>              |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mehrfamilien-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Gartenhaus                  | <input type="checkbox"/>              |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sie selbst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Mieter, und zwar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Name:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Vers.-Nr.:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| Ist das Gebäude mit einer Blitzschutzanlage versehen?<br>Bei Schäden an einem elektrischen Gerät:<br>Welche Art von Gerät wurde beschädigt?<br>War das Gerät eingeschaltet?<br>War das Gerät mit der Steckdose verbunden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td colspan="2"><br/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> Standby-Betrieb</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> ja</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja           | <br>                                                 |                                  | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Standby-Betrieb | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Standby-Betrieb                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |                                       |                                                      |                                  |                                        |                                                                      |                               |                             |                                       |                                       |                                 |                          |                                        |                                          |                                     |                          |                                     |                                            |  |  |           |  |  |  |                |  |  |  |

|                                                                                                                                                                        |                                         |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sind Beschädigungen an der Antenne entstanden?<br>Wenn ja: An was für einer Antenne?<br><br>Befindet sich die Antenne...?<br>Name /Vertragsnr. des Hausratversicherers | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> ja                                                                        |
|                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Gemeinschafts- | <input type="checkbox"/> Einzelantenne                                                             |
|                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Stabantenne    | <input type="checkbox"/> Funkantenne <input type="checkbox"/> SAT-Antenne <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> auf dem Dach   | <input type="checkbox"/> unter dem Dach <input type="checkbox"/>                                   |

|                                                                                                                          |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nur für Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuergesetzes (MwSt.) beantworten:</b><br>Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, in welchem Umfang: _____ % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 |                                 |          |               |                          |                        |                                |                  |

Aufstellung der vom Schaden betroffenen **beweglichen** 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.**

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Die Regulierung soll erfolgen an...</b><br><br>Auf wessen Konto sollen wir zahlen?<br><br>Bankverbindung: | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Reparaturfirma <input type="checkbox"/> _____<br><b>Kontoinhaber:</b> <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> _____<br>IBAN: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>DE</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>Bankinstitut: _____ | DE |  |  |  |  |  |  |  |
| DE                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |  |  |  |  |  |  |  |

**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