

Datenaufnahme Feuer

Auftraggeber	Sachverständiger
Schadensnummer VU	Auftragsnummer faircheck
Versicherungsnehmer / Anspruchsteller	

<input type="checkbox"/> Hauptgebäude	<input type="checkbox"/> Nebengebäude	<input type="checkbox"/> Garage/Carport	<input type="checkbox"/> Terrasse	<input type="checkbox"/> Garten
---------------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------

Offene Flamme? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
--

Titel			Bemerkung
Abschottung Bereiche	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Abstütz- und Absperrmaßnahmen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Notverglasung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wasserversorgung abstellen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wassernotversorgung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Elektrische Anlagen stromlos stellen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Gasversorgung abstellen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Notstromversorgung / Notabdeckung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Dachfläche	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

			Bemerkung
War die Feuerwehr vor Ort tätig?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Entstanden Schäden durch Löscharbeiten?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wurde der Schaden polizeilich gemeldet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Aktenzeichen, Anschrift/ Telefonnummer der Dienststelle			
Sind Sicherheitseinrichtungen vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Sind diese funktionsfähig?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Benennung der Sicherheitseinrichtungen			
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

War das Gebäude zum Schadenzeitpunkt bewohnt?			
Wer hielt sich zum Schadenzeitpunkt in den Räumen auf?			
Wer nutzt die vom Schaden betroffenen Räume?			
Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?			
Sind die vom Schaden betroffenen Sachen anderweitig versichert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Angabe Versicherer / Versicherungsscheinnummer			
Wodurch ist der Feuerschaden entstanden?			
War das Gerät eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
War das Gerät ordnungsgemäß angeschlossen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Ist das Gerät ein Unterbaugerät?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wurde Zubehör beim Einbau verwendet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Sind Vorschäden am Gerät bekannt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
War das Gerät in Reparatur?			
Name und Adresse des Reparaturbetriebes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Schaden wurde verursacht durch:			
Anlagen / Öfen / Behältnisse			
Datum der Installation, Name/Adresse des Installationsbetriebes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Datum der letzten Wartung, Name/Adresse des Wartungsbetriebes			
			Bemerkung
Sonstige Wärmequellen			
Wer hat das Feuer entzündet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Von welcher Quelle ging das Feuer aus?			
Wer sollte das Feuer beaufsichtigen?			
Wo befand sich die Person zum Schadenzeitpunkt?			

Haben weitere Dritte den Schaden verursacht?			
Worin bestand das Verschulden?			
Haftpflichtversicherer / Versicherungsscheinnummer	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Übergreifendes Feuer			
Von welcher Wohnung / welchem Gebäude ging das Feuer aus?			
Name / Anschrift des Besitzers / Eigentümers			

			Bemerkung
Kinder / Sonstige Personen			
Alter des Kindes			
Wer hatte die Aufsichtspflicht?			

			Bemerkung
Haftpflichtversicherung benennen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Name / Adresse Verursacher			

			Bemerkung
Blitzschlag	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Gebäudeteile betroffen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

			Bemerkung
Sonstige Ursachen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Welche Ursache?			

Beauftragt ist:

Schaden am Gebäude zu untersuchen	
Liegt eine Hausratsversicherung vor?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA bei:
Schaden am Inventar zu untersuchen	
Liegt eine Gebäudeversicherung vor?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA bei:

Sonstige Hinweise

Datum

Sachverständiger