



Bitte rufen Sie uns sofort an, wenn der Schaden voraussichtlich
EURO übersteigt.

Versicherungsnehmer:	Versicherungsgesellschaft:
	Versicherungsschein-Nummer:
	Schaden-Nr.: B
Telefon (mit Vorwahl):	Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt?
Telefax:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihre Nachricht vom :	Schaden-Nummer des Versicherers:

Schadenschilderung

Schadentag	Uhrzeit	Schadenort (genaue Bezeichnung: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Wie ist der Täter in die versicherten Räume eingedrungen? Welche Beschädigungen haben Sie vorgefunden? Bei einem Beraubungsschaden schildern Sie bitte den Vorfall in allen Einzelheiten:		
Welche Behältnisse wurden gewaltsam geöffnet; auf welche Weise?		
Handelt es sich bei dem Gebäude um ein	Sonstiges Gebäude (bitte Angabe):	
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wochenend-/Jagdhaus		
<input type="checkbox"/> Geschäfts-, Büro- oder Fabrikgebäude		
In welchem Gebäude, Stockwerk, Raum ist der Schaden entstanden?	Größe der Wohnfläche (qm)?	
War das Gebäude am Schadentag benutzt?	Seit wann nicht?	Entstand der Schaden während der Geschäftszeit?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden die versicherten Räume bewacht?	Durch wen?:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Werden an dem Gebäude oder auf dem Versicherungsgrundstück gegenwärtig Arbeiten ausgeführt?		



Die aufgeführten Gegenstände sind <u>mit folgender Ausnahme</u> mein Eigentum (Lfd. Nr. und Eigentümer angeben) :					
Besteht für die vom Schaden betroffenen Gegenstände eine weitere Versicherung?				Art der Versicherung	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Bei welcher Gesellschaft?			Versicherungsschein-Nummer		Schaden gemeldet?
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Entschädigung soll auf mein Konto bei nachfolgendem Geldinstitut gezahlt werden					
Bankleitzahl			Konto-Nummer		

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben trage ich allein die Verantwortung, auch wenn andere Personen die Niederschrift vorgenommen haben.

Unterschrift:

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers