



**Bitte rufen Sie uns sofort an, wenn der Schaden voraussichtlich 2.500 EURO übersteigt.**

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Versicherungsnehmer | Versicherer:             |
|                     | Versicherungsschein-Nr.: |
|                     | Schaden-Nr.:<br><b>B</b> |

|                       |         |   |
|-----------------------|---------|---|
| Telefon (mit Vorwahl) | Telefax | Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt?<br><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 Schaden entstanden?: |         |   |
|                                  |         |   |
|                                  |         |   |
|                                  |         |   |
|                                  |         |   |

|   |   |
|---|---|
| In welchem Gebäude, Stockwerk, Raum ist der Schaden entstanden?   | Größe der Wohnung (qm)?   |
| Handelt es sich bei dem Gebäude um ein Geschäfts-, Büro- oder Fabrikgebäude?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               | Sonstige Gebäude (bitte näher bezeichnen)                                       |
| War das Gebäude am Schadentag benutzt<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Seit wann nicht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Entstand der Schaden während der Geschäftszeit?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |   |
| Wurden die versicherten Räume bewacht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | Durch wen?  |
| Werden an dem Gelände oder auf dem Versicherungsgrundstück gegenwärtig Arbeiten ausgeführt<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Seit wann?      Welche?   |
| Hat ein Dritter den Schaden verursacht?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Name und Anschrift des Schadenstifters (bei Minderjährigen bitte Alter angeben) |
| Welcher Polizeidienststelle wurde der Schaden gemeldet?   | Wann?      Tagebuch-Nr.?  |





|   |  |                             |                      |   |  |
|---|--|-----------------------------|----------------------|---|--|
|   |  |                             |                      |   |  |
|   |  |                             |                      |   |  |
|   |  |                             |                      |   |  |
| 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                               |  |                             |                      | Auszahlung in   |  |
|   |  |                             |                      | <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> EURO |  |
| 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