

Sachversicherung

Schadenanzeige

Versicherungs-Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name / Vorname _____	Geb.-Datum _____	Zivilstand _____
Firma _____	PC- oder Bankkonto _____	
Beruf / Betrieb _____	Bank / Filiale _____	
	in MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Strasse _____	MWST-Nr. _____	
PLZ / Ort _____	Sind Sie Rechtsschutz versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tel. P. _____ Mobil _____	Wo? _____	
Tel. G. _____ Mobil _____		
Fax _____ E-Mail _____	Ist der Fall gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Schadenereignis

Datum _____	Zeit (0-24) _____	amtliche Tatbestandsaufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort und Strasse _____	Durch wen? _____	

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Skizze

Zeugen

Name / Vorname _____	Tel. P. _____	Mobil _____
Strasse _____	Tel. G. _____	Mobil _____
PLZ / Ort _____	Fax _____	E-Mail _____

Beschädigung oder Entwendung von Sachen, (auch von Tieren) Aufstellung der betroffenen Sachen

Gegenstände/Sachen	Art der Beschädigung	Verm. Schadenhöhe
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>

