

Polizzenummer
Schadensnummer

## Schadenmeldung

Versicherungsnehmer	Zuname, Vorname/Titel	Geb.Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich
						<input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja	Staatsbürgerschaft		
			<input type="checkbox"/> Nein			
	Plz.	Ort	Tel. tagsüber		Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)		E-Mail Adresse			
Art des Schadens	<input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl <input type="checkbox"/> Elektrogeräte <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Leitungswasserschaden <input type="checkbox"/> _____					
Schadensfall	Schadensort:					
Datum:	Zeugen des Vorfalles (Namen, Adresse, Telefon):					
Uhrzeit:	Genauere Beschreibung des Vorfalles und seiner – wenn auch vermuteten – Ursachen (Skizze erbeten!):					
	Bestätigung der Sicherheitsbehörde über den gegenständlichen Vorfall (nur bei Einbruchdiebstahl und Feuer)					

**BITTE FREIHALTEN!**

