

- FEUER
- STURM
- EINBRUCH
- GLAS
- LEITUNGSWASSER
- MASCHINEN und
E-GERÄTE
- HAFTPFLICHT

Versicherung: _____
Polizzen-Nr.: _____
Schaden-Nr.: _____
Sachbearbeiter: _____

VERSICHERUNGSNEHMER

Name:	Telefon unter Tags:
Adresse:	

SIND DIE BETROFFENEN SACHEN NOCH ANDERWEITIG VERSICHERT?

Ja/nein		
Ja- Versicherungsanstalt	Polizzennummer	Versicherungssumme

ÜBERWEISUNG AN

BANKINSTITUT <input type="checkbox"/>	BLZ
Kontonummer	
Lautend auf:	
WOHNADRESSE <input type="checkbox"/>	

MEHRWERTSTEUER:

Sind Sie zum Vorsteuerabzug hinsichtlich der versicherten Sachen berechtigt?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

SCHADENSEREIGNIS

Schadensort (Ort, Straße, Bezirk, Land)	Schadensdatum (Tag, Uhrzeit)
Voraussichtliche Schadenshöhe:	

Was wurde vom Schaden betroffen/Schadensursache:

--

HAUSHALT		
Größe der Wohnung in m ²		Anzahl der Räume
Neuwert des Hausrates:		

LEITUNGSWASSER		
Zuleitungsrohre/Abflurohre		
Besteht für das Gebäude eine Leitungswasserversicherung?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer

MASCHINEN und E-GERÄTE		
Gerät-Type:		Besteht Garantie oder sonstige Haftung
Baujahr	Anschaffungsjahr	Reparaturfirma:
Anschaffungspreis	Erzeugerfirma	Tel. Nr. Firma

EINBRUCH		
Wer hat den Einbruch bemerkt?		Sind Spuren erkennbar?
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja –welche
Auf welche Art wurde der Einbruch durchgeführt?		
Wie war die Versicherungslokalität versperrt?		
Wie war das Bargeld bzw. der Schmuck verwahrt?		Legen Sie bitte eine separate Aufstel-
<input type="checkbox"/> freiliegend <input type="checkbox"/> in versperrten Behältnissen <input type="checkbox"/> in unversperrten Behältnissen		lung mit Neuwert, Alter und Zeitwerdt bei

GLAS		
Sorte und Beschaffenheit:		Dicke/Höhe/Breite (cm)
Verwendungszwck, in welchem Raum	Bei Neonanlagen (beschädigte Buchstaben)	Höhe und Anzahl der Rohrmeter

ERGÄNZENDER BERICHT:

--

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers