

NAME DER VERSICHERUNGSANSTALT

Schadensmeldung // Sturm, Hagel, Schneedruck etc.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Polizzennummer : _____ Schadensnummer _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse : _____ Ort / Postleitzahl _____

Allgemeine Fragen:

Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo ? (Anschrift)
--	--	-------------------

Schadensdatum: Uhrzeit: Schadenshöhe

Haben sie schon früher einen derartigen Schaden erlitten? ja nein

Welch Anstalt hat Entschädigung geleistet ?

Bei Schäden aus der Haushalt –od. Geschäftsversicherung
Der Versicherungsnehmer ist

Mieter Wohnungseigentümer Gebäudeeigentümer

Es handelt sich um ein : Ein., Zwei , Mehrfamilienwohnhaus

Weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen :			
<input type="checkbox"/> ja	Anstalt	Polizzen Nr.	Versicherungssumme
<input type="checkbox"/> nein			

Wurden auch nicht versicherte Sachen beschädigt : ja nein Welche? Eigentümer

Wurde fremdes Eigentum betroffen? ja Bei wem? (Name, Anschrift)
 nein

Sind sie zu diesem Schaden vorsteuerabzugsberechtigt? ja teilweise _____ %
 nein

Schadensursache ?

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sturm | <input type="checkbox"/> Hagel | <input type="checkbox"/> Schneedruck | <input type="checkbox"/> Mure | <input type="checkbox"/> Hochwasser | <input type="checkbox"/> Lawine |
| | | | <input type="checkbox"/> Rohrbruch | <input type="checkbox"/> Erdrutsch/Steinschlag | |

Nähere Beschreibung der Schadenursache :**Welche Sachen wurden betroffen ?****Bericht des Mitarbeiter**

Versicherungssumme:

€ _____

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ausreichend |
| <input type="checkbox"/> nicht ausreichend |

SCHADENSFESTSTELLUNG:

Genaue Beschreibung der betroffenen Sache

Anschaffungsdatum

Wert in €

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GESAMTSCHADEN

Stampiglie

Unterschrift

Weiters bevollmächtigen wir die Oben angeführte (Seite 1) Versicherung Aktiengesellschaft und die von ihr beauftragten Personen, in einem behördlichen oder gerichtlichen Strafakt Einsicht zu nehmen.

Mit Erhalt dieser Summe stelle(n) ich (wir) keine weiteren Ansprüche.

 Der Betrag wurde mir (uns) ausbezahlt. Der Betrag soll auf das umseitige Konto bezahlt werden.

Konto Nr: _____ BLZ _____ Anstalt _____

Datum, Ort _____

Unterschrift des Mitarbeiter _____

Unterschrift des Versicherungsnehmer(in) _____