

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 _____ ☐ ja Wo ? (Anschrift)
oben angeführter Anschrift ereignet ? ☐ nein

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

Entstanden auch Schäden am Gebäude ☐ ja Welche:
☐ nein

Weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Sachen :
☐ ja Anstalt Polizzen Nr. Versicherungssumme
☐ nein

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

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

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

☐ Überweisung mit Postscheck an die Adresse ☐ Bankverbindung:
Bankleitzahl : Kontonummer: Kontoinhaber

Schadensursache ?

☐ Sturm ☐ Hagel ☐ Schneedruck ☐ Mure ☐ Hochwasser ☐ Lawine
☐ Rohrbruch ☐ Erdrutsch/Steinschlag

Nähere Beschreibung der Schadenursache :

Welche Sachen wurden betroffen ?

Bericht des Mitarbeiter

Versicherungssumme:

☐ ausreichend

☐ 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)