

Schadenanzeige Sach

Diebstahl von Gartenmöbeln/-geräten Wäsche/Kleidung auf der Leine

Anlage S 47

Seite 1 von 2

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer
			Name und Anschrift VN

Beruf/Betrieb	Telefon dienstlich	Fax	Telefon privat
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Versicherungssumme insges.

A) Allgemeine Fragen

1. Wann ist der Schaden eingetreten?	zwischen am / um	und am / um	
2. Wann und von wem wurde der Schaden bemerkt?	am	um	von
3. Wann erhielten Sie Kenntnis vom Schadeneintritt?	am	um	von
4. Wann wurde die Sache zuletzt gesehen?	am	von	
5. Wurde der Schaden bereits gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	am	
6. Wann erfolgte die polizeiliche Anzeige des Schadens?	am	Aktenzeichen	Hinweis: Über abhandlungsbekommene Sachen ist der zuständigen Polizeidienststelle unverzüglich ein Verzeichnis einzureichen, damit Sie Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren.
	bei Dienststelle	Sachbearbeiter/Telefon	
7. Wo befanden sich die gestohlenen Sachen?	PLZ, Ort	Straße, Haus-Nr.	Raum/Stockwerk
	<input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Waschküche <input type="checkbox"/> Trockenraum	<input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> auf umfriedeten Grundstück	<input type="checkbox"/> im Ausland (Ort, Land) <input type="checkbox"/>
	Wohnfläche in qm	Anzahl Räume der Wohnung	Anzahl der Personen im Haushalt
8. Zu welchem Zweck befanden sich die Sachen dort?			
9. Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen?	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
10. Sind Sie von einem gleichen Schaden schon früher betroffen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	entschädigt durch	mit <input type="checkbox"/> DM / <input type="checkbox"/> EUR
11. Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Versicherung	Name und Anschrift der Gesellschaft	
	Versicherungsschein-Nr.	Versicherungssumme <input type="checkbox"/> DM / <input type="checkbox"/> EUR	
12. Haben Sie bei dieser Gesellschaft bereits Ersatzansprüche angemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	durch	Schaden-Nr.
13. Wer hat den Schaden verursacht?	Name und Anschrift		

