

## SCHADENMELDUNG

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Feuer               | <input type="checkbox"/> Politische Gefahren     | <input type="checkbox"/> Erdbeben                  |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser      | <input type="checkbox"/> Innere Unruhen          | <input type="checkbox"/> Erdsenkung oder Erdrutsch |
| <input type="checkbox"/> Sprinklerleckage    | <input type="checkbox"/> Böswillige Beschädigung | <input type="checkbox"/> Weitere Elementargefahren |
| <input type="checkbox"/> Sturm               | <input type="checkbox"/> Streik oder Aussperrung | <input type="checkbox"/> Überschwemmung            |
| <input type="checkbox"/> Hagel               | <input type="checkbox"/> Fahrzeuganprall         | <input type="checkbox"/> Schneedruck oder Lawinen  |
| <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl   | <input type="checkbox"/> Rauch,                  | <input type="checkbox"/> Vulkanausbruch            |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch           | <input type="checkbox"/> Überschallknall         | <input type="checkbox"/> <b>Haftpflicht</b>        |
| <input type="checkbox"/> unbenannte Gefahren |  | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>          |

**Versicherungsnehmer:**

**Anspruchsteller:**

**Schadenort:**

\_\_\_\_\_ (PLZ) \_\_\_\_\_ (Versicherungsort)

**Versicherungsnummer:**

### Allgemeine Fragen zum Schaden

Schadentag: \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Schadenshöhe: \_\_\_\_\_ **EUR**

müssen Sie Umsatzsteuer an das Finanzamt abführen?  nein  ja, wie viel \_\_\_\_\_ %

**Schadenhergang:**  
(sofern nicht ausreichend,  
bitte separates Blatt  
verwenden)

**Polizeiliche Meldung:**  nein  ja Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tagebuch-Nr.: \_\_\_\_\_

### Schadensumfang

Was wurde beschädigt	Anschaffungsdatum	Anschaffungswert	Wiederbeschaffungspreis/ Schadenforderung

Die Entschädigung soll überwiesen werden:  nein  ja

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner / Telefon:** \_\_\_\_\_

**Ort und Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_