

ABC-Str. 45
 20354 Hamburg
 Telefon: 040/30 96 98 - 0
 Telefax: 040/30 96 98 - 50

Schadenanzeige Sach

Einbruchdiebstahl
 Vandalismus

Raub
 Betriebsunterbrechung

Versicherungsscheinnummer

Schadennummer

Hagen & Kruse
ABC-Str. 45

20095 Hamburg

Name und Anschrift Versicherungsnehmer

.....

Beruf /Betrieb

Telefon dienstlich

Fax

Telefon privat

IBAN

BIC

Geldinstitut

abw. Kontoinhaber

A) Allgemeine Fragen

- | | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 1. | Wann ist der Schaden eingetreten? | 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. | Wurde der Schaden bereits gemeldet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | am | an |
| 5. | Wann erfolgte die polizeiliche Anzeige des Schadens? | am | Aktenzeichen | Hinweis: Über abhandlungsbefähigte Sachen ist der zuständigen Polizeidienststelle unverzüglich ein Verzeichnis einzureichen, damit Sie Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren. |
| | | bei Dienststelle | Sachbearbeiter/Telefon | |
| | Wann wurde dieses Verzeichnis bei der Polizei eingereicht? | am | In welcher Form ist dies geschehen ? | |
| | | | <input type="checkbox"/> normale Post
<input type="checkbox"/> Einschreibbrief | <input type="checkbox"/> Fax
<input type="checkbox"/> persönlich überbracht durch |
| 6. | Wo ist der Schaden entstanden ? | PLZ, Ort | Straße, Haus-Nr. | Raum/Stockwerk |
| | | <input type="checkbox"/> Hauptgebäude
<input type="checkbox"/> Anbau
<input type="checkbox"/> im Freien
<input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> im Ausland (Ort, Land): | |
| 7. | Bei Hausrat-Schäden | Wohnfläche in qm | Anzahl Räume der Wohnung | Anzahl der Personen im Haushalt |
| 8. | Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen ? | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer
<input type="checkbox"/> Untermieter
<input type="checkbox"/> Familienangehöriger | <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger
<input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Kunde | <input type="checkbox"/> Leasinggeber |
| 9. | Sind Sie Mieter/Eigentümer des Gebäudes, der Räume oder der Wohnung? | <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Mieter | falls Mieter, Eigentümer ist: | |
| 10. | Das betroffene Gebäude, die Wohnung, der Raum war am Schadentag | <input type="checkbox"/> nicht bezugsfertig
<input type="checkbox"/> bezugsfertig | <input type="checkbox"/> benutzt
<input type="checkbox"/> unbenutzt seit: | <input type="checkbox"/> bewohnt
<input type="checkbox"/> unbewohnt seit: |
| 11. | Sind Sie von einem gleichen Schaden schon früher betroffen worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am | entschädigt durch | mit EUR : |

B) Sachverhalt und Ursache des Schadens

(bitte immer und ausführlich berichten)

