

## Schadenmeldung Sachversicherungen

Empfänger:  Versicherungsbüro J. Friedrich GmbH Telefon: 0 70 33/1 39 35 Telefax: 0 70 33/3 45 45 Mail: <a href="mailto:info@friedrich-versicherungen.de">info@friedrich-versicherungen.de</a>			Absender:			
Betroffen: <input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Gebäude privat <input type="checkbox"/> Gebäude gewerblich <input type="checkbox"/> Einrichtung / Vorräte <input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung			Schadenart: <input type="checkbox"/> Feuer / Explosion / Blitz <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl / Raub / Fahrrad <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Sturm / Hagel <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Sonstiges			
<b>Versicherungsschein-Nummer:</b>			<b>Schaden-Nummer:</b>			
Vorsteuerabzug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Geldinstitut:    BLZ Konto			
Schadentag:		Uhrzeit:		Zwischen      und		
Schadenort (Anschrift): <input type="checkbox"/> siehe Anschrift oben						
Polizeiliche Meldung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			AZ-StA/Tagebuch-Nr.: Dienststelle:			
Wie hoch könnte der Gesamtschaden werden: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bis €500,00 <input type="checkbox"/> bis €1.000,00 <input type="checkbox"/> bis €3.000,00 <input type="checkbox"/> bis €5.000,00 <input type="checkbox"/> bis €20.000,00 <input type="checkbox"/> über €50.000,00						
Schadensursache / Schadenschilderung:						
Verzeichnis der betroffenen Sachen:                    *) Z = Zerstört   B = Beschädigt   A = Abhandengekommen						
Gegenstand	Eigentümer	Stückzahl	*) Art der Beschädigung	Anschaffung/ Letzte Renovation Monat/Jahr	Neuwert/ Wiederbeschaffungswert	Schaden- bzw. Reparat- urkosten, Reinigungs- kosten
<input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge <input type="checkbox"/> Rechnungen/Belege			ggf. Regreß gegen Verursacher möglich?			
<input type="checkbox"/> anbei <input type="checkbox"/> folgen <input type="checkbox"/> keine vorhanden			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen			
Besteht noch anderweitig Versicherungsschutz?				<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, bei			Versicherungsschein-Nummer:			
Datum:			Unterschrift:			