

# SCHADENANZEIGE

- Verwahrung
- Garderoben



Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Telefon/Telefax:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- Bitte vollständig ausfüllen! -**

- Es handelt sich um eine Erstmeldung
- Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-mail  
 am \_\_\_\_\_ gemeldet.

Vers.-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

**geschätzte Schadenhöhe:**

**Schadenort:**

Näheres zum Schadenereignis und zum Umfang des Schadens: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Schadenaufstellung**

Kostenbelege

liegen bei

werden nachgereicht

Stückzahl	Gegenstand	Eigentümer	*) Z B A			Anschaffung Zeitpunkt Monat/Jahr	Kaufpreis	Schaden- bzw. Reparaturkosten
			Z	B	A			

ggf. Fortsetzung auf gesondertem Blatt

\*) Z = Zerstört, B = Beschädigt; A = Abhandengekommen

Geschädigte(r)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Wir sind damit einverstanden, dass die Abwicklung ohne vorherige Information direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

ja  nein

Bankverbindung (bitte stets angeben)

Die Zahlung soll durch/über Geerken+Partner auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

**Hinweis:** Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

(Ort/Datum)

(Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)