

von:

Korpjuhn & Partner GmbH

Schadenmeldung

an: _____

Agt. Nr.: _____

Versicherungsnummer

Tel. 02365-43700, Fax -43790

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Einbruch / Diebstahl | <input type="checkbox"/> Unfall |
| <input type="checkbox"/> Sach | <input type="checkbox"/> Sturm / Elementar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Glasbruch | <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| Name, Vorname, Titel des Versicherungsnehmers |
| Straße, Hausn. |
| PLZ, Ort |
| Schadenort: Straße, Hausn. |
| Schadenort: PLZ, Ort |

| |
|---|
| Amtliches Kennzeichen (bei Kraftfahrzeugschäden) |
| Gewerbe/Beruf |
| Telefonnummer, unter der Sie tagsüber am besten zu erreichen sind |
| Wann? |
| Fax-Nr., E-Mail |

Anspruchsteller (bei Haftpflichtschäden / verletzte Personen (bei Unfallschäden))

| | | |
|------|-----------|---------|
| Name | Anschrift | Telefon |
|------|-----------|---------|

| |
|-------------------------|
| Polizeilich gemeldet am |
| Dienststelle |
| Tagebuchnummer |

Schadenhergang (für eine Skizze bitte Rückseite verwenden)

voraussichtliche Schadenhöhe
(bei Sachschäden)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bis 1.000 € | <input type="checkbox"/> 1.000 € bis 1.500 € |
| <input type="checkbox"/> 1.500 € bis 5.000 € | <input type="checkbox"/> über 5.000 € |

stationärer Krankenhausaufenthalt
(bei Unfallschäden)

| | |
|-----------|-----------|
| vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ |

Verletzungen im einzelnen
(bei Personenschäden)

Schadenaufstellung (bei Sachschäden)

| Gegenstand | Wann angeschafft | Anschaffungs- preis | Wiederbe- schaffungspreis | Art und Umfang der Beschädigung | Forderung |
|------------|---------------------|------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Erklärung des Versicherungsnehmers:

Bewußt unwahre und unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer daraus keine Nachteile entstehen.

Beachten Sie bitte, daß Sie keine Ansprüche anerkennen oder Zahlungen leisten dürfen. Die mit der Schadenbearbeitung im Zusammenhang stehenden Daten werden gespeichert und entsprechend den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes geschützt.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, daß meine Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben worden sind, der Wahrheit entsprechen!

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer