

**Büro**

Bahnhofstraße 17-19
5500 Bischofshofen Telefon: +43 6462 22 066
Internet: www.mario-maurer.at

Privat

Mobil: +43 664 750 448 38
Fax: +43 6462 33 56 61
E-Mail: office@mario-maurer.at

-SCHADENSANZEIGE**an die -Versicherung**

| | |
|--------------|-----------|
| Polizzennr.: | Referent: |
| Schadennr.: | |

| | |
|-------------|----------|
| Schadentag: | |
| Schadenort: | Uhrzeit: |

Versicherungsnehmer

| | |
|--------------------------|--------|
| Titel, Vorname, Zuname: | |
| Straße, Hausnummer, Tür: | |
| Postleitzahl, Ort: | |
| Geburtsdatum: | |
| Telefon: | Beruf: |

Wie ist der Schaden entstanden?

| | | |
|--|--|--|
| Besichtigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Kontaktperson: |
| Wurde der Tatbestand behördlich erfasst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Behörde: |
| Welche Gegenstände sind beschädigt worden und worin besteht die Beschädigung? | | |
| Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Nebenversicherung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein bei: |
| Halten Sie eine Wiederherstellung für möglich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Wie hoch beziffern Sie den Schaden: | | |
| Art der Erledigung: | <input type="checkbox"/> mittels Scheck über unser Büro <input type="checkbox"/> direkt per beiliegendem Zahlschein <input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto-Kontoinhaber: Institut: _____, IBAN: _____, BIC: _____ | |

Ich (Wir) ermächtige(n) die _____ **-Versicherung** bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktenabschrift anzufertigen.

Ort und Datum_____
Unterschrift des Versicherungsnehmers