

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Versicherungsgesellschaft | Polizzenummer |
| | |

| | | |
|----------------------------|---------------------|------------------------|
| Versicherungsnehmer | | |
| Vor- und Zuname / Firma: | Geburtsdatum | Tel. zw. 8 und 16 Uhr: |
| Postleitzahl / Ort | Straße / Hausnummer | |
| | | |

| | | |
|---|---------------|---------|
| Angaben zum Schadensereignis | | |
| Ereignisort | Schadensdatum | Uhrzeit |
| Wann wurde der Einbruch entdeckt ? | | |
| Wer hat den Einbruch entdeckt ? | | |
| Wie sind die Täter in das Gebäude bzw. in die versicherten Räumlichkeiten eingedrungen ? | | |
| Welche Spuren eines gewaltsamen Eindringens wurden festgestellt ? | | |
| Ist eine Verhaftung erfolgt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Gegen wen richtet sich der Verdacht ? | | |
| Aus welchen Räumlichkeiten fehlen Gegenstände ? | | |
| Waren die Räumlichkeiten versperrt oder gesichert ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wo / in welchen Behältnissen waren die Gegenstände verwahrt ? | | |
| Waren die Behältnisse versperrt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wo waren die Schlüssel verwahrt ? | | |
| Wurde jemals ein Schlüssel verloren ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wurde danach das Schloss geändert ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wurde bei Ihnen früher schon eingebrochen ? | | |
| Welche Sicherheitsvorkehrungen werden Sie ergreifen, um weitere Schäden / Einbrüche zu verhindern ? | | |
| | | |

| | |
|---|-------------|
| Polizeiliche Anzeige ist unbedingt notwendig !!! | |
| Von welcher Behörde wurde das Schadensereignis festgehalten ? | |
| Behörde : | Aktenzahl : |

Schadenumfang

Beschädigte Sachen

| Menge | Gegenstand | Eigentümer | Alter | Neuwert |
|-------|------------|------------|-------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Gestohlene Sachen

| Menge | Gegenstand | Eigentümer | Alter | Neuwert |
|-------|------------|------------|-------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht für die versicherten Sachen Vorsteuerabzugsberechtigung ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

| | |
|--|---|
| Allgemeine Angaben für diesen Schadenfall | |
| Es bestehen weitere Versicherungen ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gesellschaft : | Polizzennummer : |

Bankverbindung für Entschädigungszahlung

| | | |
|---|------------|------|
| Mit wem soll die Schadensleistung verrechnet werden ? | | |
| Kontoinhaber | Bank / BIC | IBAN |
| | | |

Ich / wir bevollmächtigen die Versicherungsgesellschaft / die "die aktiv" & G.O.P. Versicherungsmakler GmbH & Co KG Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, gegnerische Versicherung, usw.) zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers