



Donau Allgemeine
Versicherungs-AG
Sitz: SCHOTTENRING 15
1010 WIEN
Tel.: +43 (0)50 330 70000
Fax: +43 (0)50 330 9972637

EINBRUCH-DIEBSTAHL- SCHADENMELDUNG

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

Name und Anschrift der Hausverwaltung oder der Hausinhabung + Tel.-Nr.: _____

Was wurde vom Schaden betroffen? _____

Liste der gestohlenen Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer

Liste der beschädigten Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer

Bestehen für die betroffenen Gegenstände noch andere Versicherungsverträge bei anderen Gesellschaften?

Wenn ja, bei welchen? _____

Schadensschilderung (Einbruch-Diebstahl): _____

ACHTUNG!

Wir ersuchen Sie, den Einbruch-Diebstahl gemäß den Allgemeinen Bedingungen, der zuständigen Sicherheitsbehörde anzuzeigen und dies bestätigen zu lassen!

Die Anzeige erfolgte am: _____ (Zahl) _____
wegen _____

Bestätigung der Sicherheitsbehörde:

Ist das Gebäude ständig bewohnt?

- JA Ist es länger als 40 Tage im Jahr unbewohnt
 NEIN JA NEIN

Welche Sicherheitseinrichtungen sind vorhanden?

Gab es schon Einbruch-/Diebstahlschäden, wenn ja Details

Wann? _____ Höhe: _____

Der Unterzeichnende erklärt, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Die vom Schaden betroffenen Gegenstände werde(n) ich (wir) bis zur Besichtigung durch einen Beauftragten der Donau Allgemeinen Versicherungs-AG so aufbewahren, dass sie keine weiteren Schäden erleiden und die Ermittlung der Schadenhöhe möglich ist. Falls gestohlene Gegenstände wieder herbeigeschafft werden sollen, werde(n) ich (wir) dies der Donau Allgemeinen Versicherungs-AG sofort mitteilen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

VOLLMACHT

Ich bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG in meiner Angelegenheit

_____ in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer