



ERGO Versicherung
Aktiengesellschaft
ERGO Center
Businesspark Marximum /
Objekt 3
Modecenterstraße 17
1110 Wien

Schadenmeldung

Polizzenummer
Schadennummer

Versicherungs- nehmer	Zuname, Vorname/Titel	Geb. Datum	T	M	J	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße/Hausnummer	Selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsbürgerschaft		
	Plz. Ort	Tel. tagsüber		Sind Sie zum Steuerabzug berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)		E-Mail Adresse			
Art des Schadens	<input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl <input type="checkbox"/> Elektrogeräte <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Leitungswasserschaden <input type="checkbox"/> _____					
Schadenfall	Schadensort:					
Datum:	Zeugen des Vorfalles (Namen, Adresse, Telefon):					
Uhrzeit:	Genauere Beschreibung des Vorfalles und seiner – wenn auch vermuteten – Ursachen (Skizze erbeten):					
Bestätigung der Sicherheitsbehörde über den gegenständlichen Vorfall (nur bei Einbruchdiebstahl und Feuer)						

BITTE FREIHALTEN!

