

**Versicherungsgesellschaft:**

**EINBRUCHDIEBSTAHL  
SCHADENANZEIGE**

**Polizzenummer:**

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Vor- und Zuname / Firmenname	Telefon
Straße, Nummer	PLZ, Ort

**ANGABEN ZUM EREIGNIS**

Ereignisort	Datum	Uhrzeit
Wie sind die Täter in die Versicherungsräumlichkeiten bzw. in das Gebäude eingedrungen?		
Welche Spuren eines gewaltsamen Eindringens wurden festgestellt?		
Wann und durch wen wurde der Einbruch entdeckt?		
Angabe von verdächtigen Personen	Erfolgte eine Verhaftung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aus welchen Räumlichkeiten fehlen Gegenstände?	Waren die Räumlichkeiten versperrt oder gesichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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 früher bereits einmal ein Schlüssel verloren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde in Folge das Schloss geändert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde bei Ihnen schon einmal eingebrochen?		
Zu welchen Sicherheitsvorkehrungen greifen Sie, um weitere Schäden zu verhüten?		



## SCHADENANGABEN

### beschädigte Sachen

Menge	Gegenstand	Eigentümer	Kaufdatum	Neuwert in €

### gestohlene Sachen

Menge	Gegenstand	Eigentümer	Kaufdatum	Neuwert in €

Vorsteuerabzugsberechtigung für die versicherten Sachen?

ja     nein

## ALLGEMEINE ANGABEN

Bestehen bei anderen Gesellschaften Versicherungen für diese beschädigten/gestohlenen Sachen?

Sparten:                       Glasbruch             Haushalt             Einbruchdiebstahl

Gesellschaft	Polizzenummer
--------------	---------------

Ich(Wir) ermächtige(n) meinen(unseren) Einbruch/Diebstahl/Versicherer, Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (z.B. Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen. Ich(Wir) bin(sind) mit der Schadenerledigung durch meine(unsere) Versicherung einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------

### Bestätigung der Sicherheitsbehörde:

Unter der Zahl \_\_\_\_\_ wurde am \_\_\_\_\_ Anzeige erstattet.

