

<h1>Schadenanzeige zu einem Glasbruchschaden</h1>		bitte zurücksenden an: SPÄTH & PARTNER GmbH Ruhrstraße 90 22761 Hamburg ☎ 0 40 / 54 73 73 – 0 📠 0 40 / 54 73 73 - 73	
Name, Vorname, Titel des Versicherungsnehmers		Versicherungsgesellschaft	
Straße, Haus-Nr.		Versicherungsscheinnummer	
Postleitzahl	Ort	Allgemeine Angaben	
Telefon privat	Telefon beruflich	Beruf/Gewerbe	

Schadeneintritt	Datum	Uhrzeit	Ort
Verursacher (sofern bekannt)	Name und Anschrift		
Hergang Ausführliche Schilderung ggf. auf separatem Blatt			

Schadenumfang (Bitte für jeden beschädigten Gegenstand eine neue Position auswählen)

Anzahl	Beschreibung der beschädigten / zerstörten Sachen	Schadenhöhe
Position 1	<input type="checkbox"/> Außenscheibe <input type="checkbox"/> Innenscheibe <input type="checkbox"/> Fensterbeschriftung/Folien <input type="checkbox"/> Automaten-scheibe <input type="checkbox"/> Werbeanlagen	
Position 2	<input type="checkbox"/> Außenscheibe <input type="checkbox"/> Innenscheibe <input type="checkbox"/> Fensterbeschriftung/Folien <input type="checkbox"/> Automaten-scheibe <input type="checkbox"/> Werbeanlagen	
Position 3	<input type="checkbox"/> Außenscheibe <input type="checkbox"/> Innenscheibe <input type="checkbox"/> Fensterbeschriftung/Folien <input type="checkbox"/> Automaten-scheibe <input type="checkbox"/> Werbeanlagen	
Position 4	<input type="checkbox"/> Außenscheibe <input type="checkbox"/> Innenscheibe <input type="checkbox"/> Fensterbeschriftung/Folien <input type="checkbox"/> Automaten-scheibe <input type="checkbox"/> Werbeanlagen	

Bestehen weitere Versicherungen für die vom Schaden betroffenen Gegenstände	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Automatenversicherung <input type="checkbox"/> Inhaltsversicherung <input type="checkbox"/> ...
	bei Versicherungsgesellschaft unter der Versicherungsnummer

Vorschäden (gleiche oder ähnliche innerhalb der letzten 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: Datum, Schadenart und Schadenhöhe
---	---

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? (nach Umsatzsteuergesetz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Zahlung der Entschädigung per	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck	<input type="checkbox"/> Überweisung an	Kontoinhaber
	Bank	Bankleitzahl	Kontonummer

Erklärung
Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass vorsätzlich (bewusst, wissentlich) falsche oder Unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil entsteht.

Ort / Datum

Firmenstempel / Unterschrift