

Verzeichnis Glasschäden

Schadensnummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Versicherer	<input type="text"/>

Nr.	Anzahl	Genau Bezeichnung der beschädigten Objekte (z.Bsp. Schaufenster, Isolierglas usw.)	Höhe (cm)	Breite (cm)	Schadenhöhe
G1)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G2)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G3)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G4)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G5)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G6)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G7)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G8)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G9)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G10)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eigentümer der betroffenen Sachen

Firma oder Name	<input type="text"/>	Betroffene Sache(n) / Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>	
		Versicherer des Eigentümers	<input type="text"/>	

Reparaturen

Firma	<input type="text"/>	Betroffene Sache(n) / Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>	
		Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>	
Firma	<input type="text"/>	Betroffene Sache(n) / Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>	
		Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>	