

Schadenaufstellung Sachschäden

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

Beschädigung oder Zerstörung eigener Sachen

Bitte Quittungen, Garantiescheine, Wertbestätigungen, Fotos usw. beilegen

Anzahl	Gegenstand (Marke, Modell)	Kaufdatum	Kaufpreis	gekauft bei	Schätzung Schadenhöhe
<input type="text"/> S1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S6)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S7)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S9)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> S11)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen oder Tiere

Nr.	Gegenstand	Art des Schadens	Schätzung Schadenhöhe
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10)	<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"/>	