

## Schadenanzeige Bewegliche-Habe-Versicherung

Name des Versicherungsnehmers	Versicherungsnummer
Adresse des Versicherungsnehmers	
Name der versicherten Person	

### An wen ist im Falle einer Schadenersatzpflicht die Entschädigung zu leisten?

Name des Kontoinhabers	
IBAN	BIC

### Wann und wo ereignete sich der Schaden?

Datum	Uhrzeit	Ort/Straße
Der Schaden ereignete sich <input type="checkbox"/> auf der Hinreise <input type="checkbox"/> während des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> auf der Rückreise		
Wo befanden sich die betroffenen Gegenstände zum Schadenzeitpunkt?		

### Wie ereignete sich der Schaden? (Bitte genau schildern)

### Gab es Zeugen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte benennen Sie Name und Anschrift der Zeugen

### Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

<input type="checkbox"/> Ja, Polizeibericht liegt bei
<input type="checkbox"/> Nein, eine polizeiliche Meldung war aus folgenden Grund nicht möglich (Hinweis: Eine fehlende polizeiliche Meldung kann zur Kürzung oder Ablehnung der Erstattung führen.)



### Verzeichnis der abhanden gekommenen oder beschädigten Gegenstände

	Bezeichnung des Gegenstandes	Von welcher Firma bezogen?	Anschaffungspreis in €	Anschaffungsdatum	Liegt der Kaufbeleg bei?
1					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
17					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
22					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Wichtiger Hinweis / Unterschrift

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe der erfragten Daten verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben macht oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Festlegung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflusst wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht.

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