

## Schadenanzeige Sach

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die zutreffende Anschrift ist angekreuzt:

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar

- |  |   |
|--|---|
| Postfach<br><input type="checkbox"/> 10935 Berlin<br>☎ 030/88 78-19 99         | Postfach 10 04 06<br><input type="checkbox"/> 04004 Leipzig<br>☎ 03 41/98 55-444  |
| Postfach<br><input type="checkbox"/> 40198 Düsseldorf<br>☎ 02 11/4 77-14 00    | Postfach 10 32 63<br><input type="checkbox"/> 68032 Mannheim<br>☎ 06 21/42 05-444 |
| Überseering 32<br><input type="checkbox"/> 22297 Hamburg<br>☎ 0 40/63 64-12 24 | Postfach<br><input type="checkbox"/> 81733 München<br>☎ 0 89/62 75-52 00          |

BETRIFFT

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr.    Schadentag    ☎ Durchwahl-Nr.    Datum

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir erhielten Kenntnis von Ihrem Schadenfall. Unser Bestreben ist es, den Schaden schnell zu bearbeiten und zu erledigen. Unterstützen Sie uns bitte dabei, indem Sie diese Schadenanzeige sofort sorgfältig ausfüllen und zurücksenden.

Für Ihre Unterstützung danken wir im voraus.

Mit freundlichen Grüßen  
Schadenabteilung

**ERGO Versicherung Aktiengesellschaft**  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky  
Vorstand: Christian Diedrich, Vorsitzender; Rolf Bauernfeind,  
Olaf Bläser, Jürgen Engel, Frank Sievers

Sitz: Düsseldorf  
Handelsregister:  
Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 36466  
USt-IdNr. DE812572415

<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Angaben</b>	Wann trat der Schaden ein? am _____ um _____ Uhr	Schadenort (PLZ, Ort, Straße und Nr.)		<input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Erdgeschoss	
	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung	Sind Sie Mieter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind Sie Eigentümer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> _____ Obergeschoss Wohnfläche in m <sup>2</sup>	
	Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Sonstige			ggf. Name und Anschrift	
	Haben Sie bei der Polizei Anzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		am _____	Anschrift der Dienststelle	Tagebuch-Nr.
	Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? (z. B. Kfz-Kasko-, Reisegepäck- oder Valoren-Versicherung?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Versicherungsschein-Nr. und Gesellschaft		
	Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift)				
	Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Versicherungsschein-Nr. und Gesellschaft		
	Sind Sie zum Abzug der Vorsteuer berechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Sind Sie tagsüber telefonisch erreichbar? Telefon _____		

