



A	C	T	'U	A

6) **Gab es möglicherweise Zeugen, die den Schaden(schergang) gesehen haben:** \*  ja  nein  
(falls ja, bitte den vollständigen Namen, die Anschrift und Telefonnummer angeben)

---

---

---

7) **Sind Sie der Meinung, dass der Schaden gegenüber einer anderen Person geltend gemacht werden kann:** \*  ja  nein

(falls ja, bitte den vollständigen Namen, die Anschrift und Telefonnummer angeben)  
Weshalb sind Sie dieser Meinung:

---

---

---

---

8) **Haben Sie die Reparaturkosten bereits bezahlt:\***  ja  nein

---

---

9) **Im Falle von Diebstahl, Verlust, Raub u. dgl. muss eine Anzeige bei der Polizeibehörde vor Ort erstattet werden.**

**SIE MÜSSEN DEN ORIGINAL-NACHWEIS DER ANZEIGE BEIFÜGEN.**

Datum der Anzeige: \_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Die Angaben wurden nach bestem Wissen und Gewissen erteilt und entsprechen der Wahrheit \*\*:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

**Fügen Sie Ihrer Schadensmeldung stets eine Kopie Ihrer Originalrechnung bei.**

\* Das zutreffende Kästchen ankreuzen

\*\* Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erklärt der Versicherungsnehmer, mit der Bedingung vertraut zu sein, dass im Falle einer unrichtigen/unzutreffenden Angabe jeglicher Anspruch auf Zahlung erlischt.