Donau Allgemeine
Versicherungs-AG
Sitz: SCHOTTENRING 15
1010 WIEN
Tel.: +43 (0)50 330 70000
Fax: +43(0)50 330 9972637

SACHSCHADEN-MELDUNG

Polizzen-Nr.:	Schaden-Nr.:
Versicherungsnehmer:	
Adresse des VN:	
Telefon:	Fax:
Kto.-Nr.:	BLZ:
Schadendatum:	Uhrzeit:
Schadenort:	

❑ **Feuer** ❑ **Glasbruch** ❑ **Sturmschaden**

Name des Schuldtragenden: _____

Name und Anschrift der Hausverwaltung oder der Hausinhabung + Tel.-Nr.: _____

_____

Was wurde vom Schaden betroffen? _____

Liste der beschädigten Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer

Bestehen für die betroffenen Gegenstände noch andere Versicherungsverträge bei anderen Gesellschaften?

Wenn ja, bei welchen? _____

Versicherer: Donau Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Sitz: 1010 Wien, Schottenring 15, FN 32002m · DVR 0016683
Donau Brokerline Versicherungs – Service GmbH
Sitz der Gesellschaft: Wien, FN 197733i · DVR 1060091

Schadensschilderung (Sachschaden): _____

ACHTUNG!
Wir ersuchen Sie, den Feuerschaden gemäß den Allgemeinen Bedingungen, der zuständigen Sicherheitsbehörde anzuzeigen und dies bestätigen zu lassen!

Die Anzeige erfolgte am: _____ (Zahl) _____

wegen _____

Bestätigung der Sicherheitsbehörde:

Ist das Gebäude ständig bewohnt?

❑ JA
❑ NEIN

❑ Ist es länger als 40 Tage im Jahr unbewohnt
❑ JA ❑ NEIN

Gab es schon Feuerschäden, wenn ja Details

Wann? _____ Höhe: _____

An wen soll eine allfällige Entschädigung erbracht werden?

Empfänger: _____

Kto.-Nr. _____ BLZ.: _____

Der Unterzeichnende erklärt, vorstehende Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Die vom Schaden betroffenen Gegenstände werde(n) ich (wir) bis zur Besichtigung durch einen Beauftragten der Donau Allgemeinen Versicherungs-AG so aufbewahren, dass sie keine weiteren Schäden erleiden und die Ermittlung der Schadenhöhe möglich ist.

Ort, Datum — Versicherungsnehmer

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN

VOLLMACHT

Ich bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG in meiner (unserer) Angelegenheit

_____

in den gerichtlichen, amtlichen bzw. medizinischen Akt einzusehen und von diesem Abschriften zu nehmen.

Ort, Datum — Versicherungsnehmer

Versicherer: Donau Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Sitz: 1010 Wien, Schottenring 15, FN 32002m · DVR 0016683
Donau Brokerline Versicherungs – Service GmbH
Sitz der Gesellschaft: Wien, FN 197733i · DVR 1060091