

Policennummer .....  Nummer der Schadensakte .....	<b>Versicherungsbüro</b>	Nummer
	Name und Adresse (oder Stempel)	..... KBFV-Nummer
		..... Zeichen Agent

<b>Versicherter</b>		
Name und Vorname, Gesellschafts- oder Vereinsform	Telefon	
.....	.....	
Straße und Hausnummer	E-Mail-Adresse	
.....	.....	
PLZ	Teilgemeinde	Gemeinde
.....	.....	.....
Kontonummer Finanzinstitut	Die MwSt. ist: <input type="checkbox"/> nicht absetzbar	
IBAN : .....	<input type="checkbox"/> teilweise absetzbar zu ..... %	
BIC : .....	<input type="checkbox"/> vollständig absetzbar	
	Ansprechpartner	
	.....	

<b>Schadensfall</b>		
<input type="checkbox"/> Feuer und ähnliche Gefahren	<input type="checkbox"/> Naturkatastrophen	<input type="checkbox"/> Allgefahren spezifische Gegenstände
<input type="checkbox"/> Kontakt und gleichartige Gefahren	<input type="checkbox"/> Diebstahl	<input type="checkbox"/> Werte
<input type="checkbox"/> böswillige Beschädigung	<input type="checkbox"/> Betriebsausfall	<input type="checkbox"/> Tiere
<input type="checkbox"/> Wasser und Heizöl	<input type="checkbox"/> HP Gebäude	<input type="checkbox"/> Änderung der Umgebungsfaktoren
<input type="checkbox"/> Glasbruch und gleichartige Gefahren	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz Gebäude	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Sturm und gleichartige Gefahren		
Datum des Schadensfalls: .....	Uhrzeit: .....	
Ort des Schadensfalls: .....		
Protokollnr.: .....	Erstellt von: .....	
Ist der Schaden in einer anderen Versicherung versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Name der Versicherungsgesellschaft, Policennummer und gegebenenfalls das Zeichen der Schadensakte: .....		

<b>Andere beteiligte Parteien</b>		
Sind andere Parteien beteiligt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1. Name, Adresse und Telefonnummer: .....		
.....		
Eigenschaft: <input type="checkbox"/> haftbarer <input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> andere		
Name der Versicherungsgesellschaft, Policennummer und gegebenenfalls das Zeichen der Schadensakte: .....		
2. Name, Adresse und Telefonnummer: .....		
.....		
Eigenschaft: <input type="checkbox"/> haftbarer <input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> andere		
Name der Versicherungsgesellschaft, Policennummer und gegebenenfalls das Zeichen der Schadensakte: .....		

