



Donau Allgemeine  
Versicherungs-AG  
Sitz: SCHOTTENRING 15  
1010 WIEN  
Tel.: 01/31311-0  
Fax: 01/310 77 51

# EINBRUCH-DIEBSTAHL- SCHADENMELDUNG

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

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

Was wurde vom Schaden betroffen? \_\_\_\_\_

Liste der gestohlenen Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer

Liste der beschädigten Gegenstände	Wert/EUR	Alter	Eigentümer

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

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Schadensschilderung (Einbruch-Diebstahl): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACHTUNG!**

Wir ersuchen Sie, den Einbruch-Diebstahl 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             Ist es länger als 40 Tage im Jahr unbewohnt  
 NEIN         JA             NEIN

Welche Sicherheitseinrichtungen sind vorhanden?

\_\_\_\_\_

Gab es schon Einbruch-/Diebstahlschäden, wenn ja Details

Wann? \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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. Falls gestohlene Gegenstände wieder herbeigeschafft werden sollen, werde(n) ich (wir) dies der Donau Allgemeinen Versicherungs-AG sofort mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer

**BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN**

**VOLLMACHT**

Ich bevollmächtige die Donau Allgemeine Versicherungs-AG in meiner Angelegenheit

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer