

SOLINGER GLASVERSICHERUNG

VEREIN AUF GEGENSEITIGKEIT

KASINOSTRASSE 19 · 42651 SOLINGEN
TELEFON (02 12) 6 05 43 0 · TELEFAX (02 12) 6 14 98

Versich.-Nr.

Schaden-Anzeige

Schaden-Nr.

Tag der Anmelde.:

Welche Scheibe ist beschädigt?	Position	Nähere Bezeichnung	Höhe	Breite
Wo ist dieselbe gelegen?	Ort:, -Str. Nr.			
Wann ist der Schaden entstanden? (Tag und Stunde)				
Wodurch ist der Schaden entstanden? (Steinwurf, Kraftfahrzeug, Einbruch usw.)				
Wer sind die Täter? (Vor- u. Zuname, Beruf und Anschrift sind genau anzugeben)				
Wie heißen die Zeugen? (Name, Beruf und Anschrift)				
War an derselben Stelle schon eine Scheibe gebrochen?				
Sind noch sonst. bemerkenswerte Angaben zu machen?				

Zeichnung des Bruches:

Bruchstücke:

Für die Richtigkeit vorstehender Angaben:

Ort:, den

Der Versicherte:
(Eigenhändige Unterschrift)

Ist Regreß zu erwarten?

Ersatz geliefert am:

durch:

Schaden-Berechnung

Nettobetrag der Rechnung

Mehrwertsteuer

Bruttobetrag der Rechnung

Kosten der Notverglasung
