



Schadensmeldung

Wir setzen uns umgehend mit Ihnen in Verbindung.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden!

1. Auftraggeber

Nachname *	<input type="text"/>	Telefon *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Anschrift *	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ *	<input type="text"/>		
Ort *	<input type="text"/>		

2. Baustelle / Einsatzort

Schadentag Datum:

Nachname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>		
Ort	<input type="text"/>		

3. Versicherungsgesellschaft

Gebäude Inventar Haftpflicht

Vers.Nr./Schadens-Nr.	<input type="text"/>	Ansprechpartner	<input type="text"/>
Name d. Versicherung	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>



4. Sachverständiger / Architekt / Sonstige

Nachname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>		
Ort	<input type="text"/>		

5. Schadensbeschreibung

Betroffene Räume Wohnzimmer Schlafzimmer Küche Diele
 Bad WC

Sonstige	<input type="text"/>	
Betroffene m ²	<input type="text"/>	
Schadensursache *	<input type="text"/>	

6. Leistungsart

<input type="checkbox"/> Soforthilfe	<input type="checkbox"/> Bautrocknung	<input type="checkbox"/> Wasserschaden	<input type="checkbox"/> Brandschaden
<input type="checkbox"/> Umweltschaden	<input type="checkbox"/> ED Reparatur Service	<input type="checkbox"/> Geruchsbeseitigung	<input type="checkbox"/> Leckortung