

Schadenzusammenstellung Blatt

Schaden Nummer:

Versicherungsnehmer:

Bitte nur den fett umrandeten/gelb unterlegten Teil ausfüllen

Pos.	Stück	Bezeichnung der vom Schaden betroffenen Gegenstände	Alter der Sache	Preis Anschaffung	Beleg anbei	Bewertung	Entw. %	Schaden zum Zeitwert in €
						Schaden		
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
		<b>Summe / Übertrag:</b>						