

Bitte zurücksenden an:

InterRisk Versicherungs-AG  
Vienna Insurance Group  
Postfach 25 72  
65015 Wiesbaden

## SCHADENAUFSTELLUNG

Name, Vorname der versicherten Person:

---

Straße, Haus-Nr.:

---

PLZ, Wohnort:

---

Versicherungsschein-Nr.:

---

---

---

Datum / Unterschrift des Versicherungsnehmers

**SCHADENAUFSTELLUNG Sachschäden**

Pos.	Gegenstand / Menge / Bezeichnung	Gestohlen	Zerstört	Beschädigt	Kaufjahr	Kaufpreis € (Bitte Belege beifügen)	Schadenhöhe € (Neuwert, Restwert bzw. Reparaturkosten)
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			