

1. WICHTIGE DATEN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsschein-Nr.	Schadennummer

2. ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anrede	Titel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	E-Mail (Mit dem Eintragen stimme ich dem Schriftverkehr per E-Mail zu.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf des Versicherungsnehmers	Betrieb des Versicherungsnehmers	

3. SCHADENHERGANG:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann ist das Fahrrad abgestellt worden (Tag, Uhrzeit)?	Schadenort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
<input type="text"/>	
Wann sollte das Fahrrad wieder benutzt werden (Tag, Uhrzeit)?	Stand das Fahrrad auf der Straße? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann wurde das Fahrrad zuletzt gesehen (Tag, Uhrzeit)?	Wo sonst (z. B. Gemeinschaftskeller, Hof usw)?
<input type="text"/>	
Wie war das Fahrrad gesichert?	

4. SCHADENUMFANG:

Art und Ausstattung des gestohlenen Fahrrades (alle vorhandenen Belege bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> siehe Anschaffungsrechnung		
Diese wichtigen Unterlagen kann ich nicht beifügen, weil	<input type="text"/>		
statt dessen beschreibe ich das Fahrrad wie folgt	<input type="text"/>		
	Hersteller	Marke	Rahmennummer
Art (Tourenrad, Rennrad)/ Ausstattung (z. B. Gangschaltung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wo gekauft	Kaufdatum	Anschaffungspreis	Wiederbeschaffungspreis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls nur Fahrradteile gestohlen wurden, welche			Wiederbeschaffungspreis
Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann <input type="text"/>	Entschädigung <input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>		

