

Bitte alle Felder sorgfältig ausfüllen, dann ausdrucken und unterschrieben an
fairplay24 Hilberstr. 22 45731 Waltrop senden oder faxen!
Fax: **0 23 09 / 60 09 64**

VERSICHERUNGSNEHMER

Versicherungsscheinnummer:

Name:	Vorname:
-------	----------

Geb. Datum:	.	.
-------------	---	---

Straße:	
---------	--

PLZ:		Ort:
------	--	------

	Vorwahl	Rufnummer	
--	---------	-----------	--

Telefon:			
----------	--	--	--

Mobil:			
--------	--	--	--

Fax:		
------	--	--

E-Mail:	
---------	--

Geschädigter

Name:	Vorname:
-------	----------

Straße:	
---------	--

PLZ:		Ort:
------	--	------

	Vorwahl	Rufnummer	
--	---------	-----------	--

Telefon:			
----------	--	--	--

SCHADEN

Wann und wo ereignete sich der Schaden?

Datum: . . Uhrzeit: :

Land: PLZ: Ort:

Schadenhergang:

Erklärung !

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Datenübermittlung !

Die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten werden gespeichert und an Rückversicherer sowie den betreffenden Versicherungsverband übermittelt.

Datum: Unterschrift: