|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SCHADENMELDEFORMULAR**  Erstellt vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs  und dem Bundesverband der Konditoren | C:\Users\Public\_D\BACKUP\00 LMG\00 Bundesinnungsbüro\LOGOS\ab2003\konditoren_2003 - Bild.jpg |

**Vom Anspruchsteller auszufüllen:**

Name: Telef Telefon:

Adresse: Ort:

IBAN: E- Bank:

E-Mail:

**Das Produkt wurde gekauft bei der Konditorei:**

Datum: Filialstandort:

Uhrzeit: Zeugen, Fotos,

Kassenbon:

Produkt: Zum Preis:

**Schilderung des Schadenhergangs:**

**Es werden folgende Ansprüche geltend gemacht:**

**Name und Anschrift des behandelnden Arztes:**

Ich bin einverstanden, dass Ihnen die behandelnden Ärzte alle erforderlichen Auskünfte erteilen.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen **wahrheitsgemäß** erfolgt.

Datum: ....................... Unterschrift: .....................................................

**Vom Konditoreibetrieb auszufüllen:**

Versicherungsgesellschaft: Polizzen-Nummer:

**Zusätzliche Angaben des versicherten Betriebes:**

Datum: ....................... Firmenmäßige Unterschrift: ............................................................