|  |  |
| --- | --- |
| Geben Sie hier bitte Ihre Absenderadresse ein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs- und Riskmanagement  Kanton St.Gallen  Davidstrasse 35  9001 St.Gallen | Adresse der anzeigenden Amts-/Dienststelle          Zuständig: Vorname/Name  Telefon:  E-Mail:  Datum: |

**Schadenanzeige**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Art der Beschädigung |  | |
| 2. Datum und Zeit des  Schadeneintritts |  | |
| 3. Schaden-Ort  (genaue Bezeichnung) |  | |
| 4. Polizeiliche Aufnahme  (ja/nein, wer?)  bei Sachbeschädigung/ Einbruch ist zwingend  Strafanzeige zu  erstatten |  | |
| 5. Geschätzte Höhe des  Schadens | Eigenschaden: CHF  Fremdschaden: CHF | |
| 6. Hergang des Schadens,  Ursache, betroffene  Personen, Sachen  (genauer Beschrieb mit  Fotos und vollständigen  Kontaktangaben inkl.  Telefonnummer und  E-Mail der geschädigten  Partei) |  | |
| Beilagen aufführen | | Unterschrift |