

SCHADENANZEIGE | ELEKTRONIKSCHADEN

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Ihre persönlichen Daten bzw. Unternehmensdaten

.....
Firmenname inkl. Rechtsform

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße

.....
Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Land

.....
Telefonnummer

.....
Fax

.....
E-Mail

Ihre Versicherungsdaten

.....
Versicherer

.....
Versicherungsscheinnummer

.....
Schadenummer

2. ZAHLUNGSEMPFÄNGER

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Geldinstitut

Ist der Zahlungsempfänger
vorsteuerabzugsberechtigt?

ja

nein

3. SCHADENANGABEN

.....
Datum des Schadenereignisses (tt.mm.jjjj)

.....
Uhrzeit (hh:mm)

Bitte geben Sie den Schadenstandort an.

Bei Baustellen bitte die genaue Lage (im Feld rechts) angeben.

Straße Nr.

PLZ Ort

Land

Bitte geben Sie die beschädigte Sache an.

Bitte machen Sie genaue Angaben über die beschädigte Sache:

Hersteller Typ/Modellnummer/Fabrikatsnummer

Position im Maschinenverzeichnis des Versicherungsvertrages

Baujahr

neu gebraucht

Datum der Anschaffung

Datum des Betriebsbeginns

Anzahl der Betriebsstunden bis zum Schadenzeitpunkt

War zum Schadenzeitpunkt die Garantie abgelaufen?

ja nein

Besteht eine Anschlussgarantie?

ja nein

Besteht ein Wartungsvertrag?

ja nein

Besteht für das beschädigte Objekt eine Betriebsunterbrechungsversicherung?

nein Wenn ja, bitte Zusatzblatt für BU-Schaden ausfüllen

4. SCHADENÖHE

Betrag in EUR

5. SCHADENHERGANG

Art, Hergang und Ursache des Schadens

Bitte ausführlich beantworten und bei Platzmangel bitte das Beiblatt (letzte Seite) nutzen.

6. SCHADENVERURSACHER

Wer ist der Schadenverursacher?

Firmenname inkl. Rechtsform

Name Vorname

Straße

PLZ Ort

Land Nr.

Telefonnummer Fax

E-Mail

7.1 DIEBSTAHLSCHÄDEN

Bitte nur ausfüllen, wenn der Diebstahl ausdrücklich mitversichert ist

Wurden die gestohlenen Teil verschlossen aufbewahrt?

ja nein

Wo befanden sich die gestohlenen Teile?

Wann wurde der Diebstahl polizeilich gemeldet?

Datum (tt.mm.jjjj)

Bei welchem Polizeirevier?

7.2 EIGENTÜMER

Wer war Eigentümer der beschädigten Sache?

Firmenname inkl. Rechtsform

Name Vorname

Straße Nr.

PLZ Ort

Land

Telefonnummer Fax

E-Mail

8. VERSICHERUNGEN

Besteht für den Schaden ganz oder teilweise eine anderweitige Versicherung?

(z. B. Feuer, Haftpflicht, Einbruchdiebstahl; ggf. Gesellschaft angeben)

ja nein

.....
Policen-Nummer

.....
Versicherung gegen

9. REPARATUR

Wurden bei der Reparatur Änderungen oder Verbesserungen vorgenommen?

ja nein

Wenn ja, welcher Art?

10. MEHRWERTSTEUER

Sind Sie gemäß Ust.-Gesetz zum Vorsteuerabzug berechtigt?

ja nein

11. BESICHTIGUNG

Wo können die beschädigten Teile besichtigt werden?

.....
Firmenname inkl. Rechtsform

.....
Straße

.....
Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

Ansprechpartner

.....
Anrede

.....
Name

.....
Vorname

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail

Wo kann das beschädigte Objekt besichtigt werden?

.....
Firmenname inkl. Rechtsform

.....
Straße

.....
Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

Ansprechpartner

.....
Anrede

.....
Name

.....
Vorname

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail

12. UNTERSCHRIFT

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer erklärt, die Fragen gewissenhaft und der Wahrheit gemäß beantwortet zu haben und haftet für die Richtigkeit seiner Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

BEIBLATT FÜR IHRE ERGÄNZUNGEN
