Schadenmeldung Technische Versicherung

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft |  |
| Policen-Nummer |  |
| Schaden-Nummer |  |
| Versicherungsnehmer |
| Name, Vorname / Firma |       |
| Ansprechpartner |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | Bankname und Nummer |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Vom Schadenereignis betroffene Versicherungsart |
| [ ]  Maschinen | [ ]  Bauwesen |
| [ ]  Maschinenkasko | [ ]  Bauherrenhaftpflicht |
| [ ]  Betriebsunterbrechung | [ ]  ATA |
| [ ]  Montage | [ ]  EDVA |
| Schadenereignis |
| Schadendatum / Zeit |       |
| Schadenort / Strasse |       |
| Genaue Beschreibung des Herganges(kurze Schilderung) |       |
| Ursache / Verursacher |
| Bestehen noch andere Versicherungen | [ ]  Ja | Gesellschaft, Police-Nr. |       | [ ]  Nein |
| Wer ist für den Schaden verantwortlich |       |
| Polizeirapport (bei Diebstahl zwingend) | [ ]  Ja | Dienststelle |       | [ ]  Nein |
| Schaden ist entstanden bei |
| [ ]  Transport | [ ]  Probebelastung | [ ]  Betrieb | [ ]  Revision |
| [ ]  Montage | [ ]  Inbetriebsetzung | [ ]  Stillstand | [ ]  Bau |
| [ ]  Demontage | [ ]  Probebetrieb | [ ]  Reparatur | [ ]        |
| Bei Feuer- (Brand-, Blitz-, Elementar-) und / oder Wasserschäden |
| Wurde die Feuerwehr herbeigerufen | [ ]  Ja | Welche |       | [ ]  Nein |
| Welche Rettungsmassnahmen wurden bereits getroffen |       |

|  |
| --- |
| Diebstahl |
| Wie hat sich der Dieb Zugang zum Schadenort verschafft |       |
| Waren die gestohlenen Gegenstände unter Verschluss | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn Ja, Beschreibung der Behältnisse |       |
| Betriebsunterbrechung / Mietertragsausfall |
| Gab es einen Betriebsunterbruch | [ ]  Ja | Dauer |       | [ ]  Nein |
| Schadenaufstellung |
| Was wurde beschädigt |
| **Anzahl / Objekt (Marke, Modell)** | **Kaufdatum** | **Kaufpreis** | **Eigentümer** | **Schadenhöhe** |
|   |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| **Wo befinden sich die beschädigten Sachen jetzt** | **Wer führt die Reparatur aus** | **Name des zust. Bearbeiters** | **Tel.-Nr. des zust. Bearbeiters**  |
|   |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| Beiliegende Unterlagen (eventuell separat senden) |
| [ ]  Vorkorrespondenz | [ ]  Anwendware Geschäftsbedingungen |
| [ ]  Kaufvertrag | [ ]  Fotos |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|       |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |       | Unterschrift desVersicherungsnehmers |       |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an broker@schreibermaronsprenger.li oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.