

SCHADENANZEIGE

- Maschinen
- Elektronik

Schaden-Nr. _____



PREMIA Insurance Consulting
Martin Neururer-Sachser

Bahnhof Umgebung 17a
6170 Zirl / Österreich

Tel: +43 660 3028076
Mail: office@premia.at

Versicherungsnehmer: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.):

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Polizzen-Nr.:	Schadentag:	Uhrzeit:	festgestellt am:	geschätzte Schadenhöhe in €
---------------	-------------	----------	------------------	------------------------------------

Schadenort:

1. An wen können Rückfragen zum Schaden gestellt werden?	_____ Firma/Sachbearbeiter _____ Telefon/Telefax
2. Beschädigtes Objekt (versicherte Sache): a) Welche(s) Gerät-/Anlage ist vom Schaden betroffen? b) Alter des Gerätes/der Röhre? Ggf. Position des Geräteverzeichnisses angeben! c) Beschädigte Teile (Bezeichnung) (Skizze oder Foto ggf. beifügen) (Verwahren Sie bitte vorsorglich die beschädigten Teile auf!)	_____ Bezeichnung Baujahr a) Anlageart: _____ Fabrikat: _____ b) _____ Anlagentyp: _____ Geräte-/ Artikel-Nr. _____ c) _____ _____ _____
3. Wo kann das beschädigte Objekt besichtigt werden?	_____ _____ Besichtigung möglich bis zum: _____
4. Liegt völlige Zerstörung des Objektes vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist das beschädigte Objekt schon früher von einem Schaden betroffen oder schon einmal überholt worden?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ welcher Art? _____ <input type="checkbox"/> nein
6. Ist die Garantiezeit für das beschädigte Gerät schon abgelaufen?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein
7. Besteht für die beschädigten Anlagen ein Wartungsvertrag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen Sachen? (Name und Anschrift)	_____ _____

9. Besteht für die vom Schaden betroffenen Leistungen und Sachen noch anderweitiger Versicherungsschutz (z. B. Feuer, Haftpflicht, Transport)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art _____ Name und Anschrift der Gesellschaft _____ Polizzen-Nr.: _____
--	--

10. Schadenursache und Schadenhergang (Fotos, Skizzen): **(Verwahren Sie bitte vorsorglich die beschädigten Teile auf!)**

11. Wer hat den Schaden verursacht?	_____
-------------------------------------	-------

12. Bei Diebstahl: Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?	GZ/Aktenzahl: _____
--	---------------------

13. In welcher Weise erfolgt die Behebung des Schadens? Art der Reparatur: Welche Neuteile sind erforderlich?	_____
---	-------

14. Wer behebt den Schaden? (genaue Anschrift) Voraussichtliche Dauer der Reparatur:	_____
--	-------

15. Sind Regressmöglichkeiten gegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____
--	--

16. Sind bei Eintritt des Schadens Maßnahmen zu einer Minderung getroffen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
---	--

17. Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

18. Nur bei Betriebsunterbrechungen zusätzlich zu beantworten!

Betriebsunterbrechungsbeginn: _____	Arbeitstage/Woche: _____ Arbeitstage/Jahr: _____
Voraussichtliche Dauer: _____	Schadenminderungsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Schichten bzw. Stunden/Tage: _____	_____

19. Bankverbindung (bitte stets angeben)	IBAN: _____ BIC: _____ Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____
--	---

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.
Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.
 Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

_____ (Ort/Datum)

_____ (Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)