

SCHADENANZEIGE

- Maschinen
- Elektronik

ECCLESIA
 UNION
 VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden max. 1.500 €
 Schaden über 1.500 €
 Schaden-Nr.

BITTE ZU JEDEM SCHADENFALL EINE SCHADENANZEIGE ANFERTIGEN UND UNS IN ZWEI EXEMPLAREN EINREICHEN!

| | |
|---|---|
| Versicherungsnehmer: Anschrift: Telefon/Telefax: | KIRCHENKREIS ARNSBERG Kreiskirchenamt Soest/Arnsberg, Puppenstr. 3-5 59494 Soest Tel.: 02921-396-0, Fax: 02921/396-155 |
| Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.): | |

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Es handelt sich um eine Erstmeldung
 Der Schaden wurde bereits

telefonisch
 schriftlich
 per Telefax am _____ gemeldet.

| | | | | |
|------------|-------------|----------|------------------|-------------------------------------|
| Vers.-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) | Bezeichnung/Baujahr a) Anlageart: Fabrikat: b) Anlagentyp: Geräte-/Artikel-Nr. c) |

(Verwahren Sie bitte vorsorglich die beschädigten Teile auf!)

| | |
|---|---|
| 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 Vers.-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? | Kripo/Tgb.-Nr.: Az Staatsanwalts.: |
| 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 |
| Nur bei Betriebsunterbrechungen zusätzlich zu beantworten! | |
| 18. Betriebsunterbrechungsbeginn: Voraussichtliche Dauer: Schichten bzw. Stunden/Tage: | Arbeitstage/Woche: Arbeitstage/Jahr: Schadenminderungsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche |
| Bankverbindung: (ab 10.000,-- DM) | Konto-Nr.: BLZ: Geldinstitut: Kontoinhaber: |

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in alle diesen Vorfall betreffende Akten einzusehen und ggf. Abschriften anzufertigen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß die in diesem Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Vertrags- und Schadendaten ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern gespeichert und an die betroffenen Rückversicherer, an die Versicherer sowie die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Wir sind damit einverstanden, daß die Abwicklung ohne vorherige Information ggf. direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

Soest, den

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)