



# All in One

Versicherungstreuhand AG

Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

Schadenmeldung Technische Versicherung			Schaden-Nr. <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
			Police-Nr.
Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse	Telefon / Fax	Zuständige Person / E-mail direkt
		Bankverbindung: KtoNr	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein MWSt-Nr.
		BankPC Clearing PC (VN)	

Diese Schadenmeldung gilt für

<input type="checkbox"/> ATA / Allgemeine technische Anlagen	<input type="checkbox"/> Maschinen	<input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung	<input type="checkbox"/> Bauwesen
<input type="checkbox"/> EDV / El. Datenverarbeitungsanlagen	<input type="checkbox"/> Maschinenkasko	<input type="checkbox"/> Garantie	<input type="checkbox"/> Montage

### 1. Schadenereignis

Schadendatum	Schadenzeit	Schadenort	Polizeirapport <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Polizeidienststelle / Person
--------------	-------------	------------	---	------------------------------

### 2. Schadenhergang


Schaden ist entstanden bei:

<input type="radio"/> Transport	<input type="radio"/> Montage	<input type="radio"/> Demontage	<input type="radio"/> Probebetrieb	<input type="radio"/> Inbetriebsetzung	<input type="radio"/> Probelastung
<input type="radio"/> Betrieb	<input type="radio"/> Stillstand	<input type="radio"/> Reparatur	<input type="radio"/> Revision	<input type="radio"/> Bau	<input type="radio"/> Anderes: _____

Personen, welche zur Zeit des Schadeneintrittes anwesend oder verantwortlich waren, mit Name und Adresse nach folgenden Kriterien aufführen:

Schadenverursacher \_\_\_\_\_

Aufsichtsperson \_\_\_\_\_

Zeugen \_\_\_\_\_

Mutmassliche Ursache  Bedienungs-, Handhabungs-, Überwachungsfehler  Konstruktions-, Material-, Herstellungsfehler

äussere Einwirkung (z.B. Elementarereignis), nämlich: \_\_\_\_\_

Mutmassliche Schadenhöhe CHF _____	Art der Beschädigung

Wo können die beschädigten Sachen besichtigt werden? \_\_\_\_\_

Wer wird die Instandstellung vornehmen? \_\_\_\_\_

Unter welchen Positions-Nr. in der Police sind die Sachen aufgeführt? \_\_\_\_\_

Falls eine Versicherungsanmeldung besteht, Nummer und Datum? \_\_\_\_\_

Sind die betroffenen Gegenstände noch anderweitig versichert?  Nein  Ja

Falls Ja, Gesellschaft / Policennummer \_\_\_\_\_



# All in One

Versicherungstreuhand AG

Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

## 4. Zusätzliche Angaben für Maschinen- / Maschinenkasko- / EDV- / ATA-Versicherung

Anschaffungsdatum / -zustand / -preis _____	<input type="radio"/> neu <input type="radio"/> gebraucht	CHF _____	Heutiger Neupreis CHF _____
Früherer Ersatz jetzt beschädigter Teile am _____	(z.B. Revision / Reparatur) welche _____		
Frühere Neuwicklung elektrischer Teile am _____	welche _____		
Garantie abgelaufen <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	am _____		
Wartungsvertrag <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	mit _____		
Vermietet <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	an _____		

## 5. Zusätzliche Angaben für Montage- und Bauwesenversicherung

Montage- / Baubeginn _____	Bauherr _____
Montage- / Bausumme CHF _____	Montage- / Bauort _____
Montage- / Bauleitung _____	

## 6. Zusätzliche Angaben für Garantieverversicherung

Verkaufspreis CHF _____	Käufer _____
Garantie gewährt von _____	bis _____
Betriebsort _____	

## 7. Zusätzliche Angaben bei Betriebsunterbrechung

Der resultierende Betriebsunterbrechnungs-Schaden ist
<input type="radio"/> nicht versichert
<input type="radio"/> versichert durch eingangs erwähnte Police
<input type="radio"/> versichert durch Police/Gesellschaft: _____

## 8. Bemerkungen


Der Versicherungsnehmer erteilt der Versicherungsgesellschaft Vollmacht, den Polizeirapport und alle weiteren amtlichen Akten einzusehen. Er bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_