



Schadenmeldung Musikinstrument

Polizze Nr. / Schaden Nr. _____

KundInnendaten

Versicherungs- Name _____
 nehmerIn Anschrift _____
 Telefon tagsüber _____ Fax _____
 E-Mail _____

Schadenereignis

Vorfall Datum/Uhrzeit _____ Ort _____

Wo ist der Schaden eingetreten _____
 Beschreibung des _____
 Schadenherganges _____

Beschädigte/entwendete Sachen

Bezeichnung des Instrumentes _____

Instrumentennummer _____

Wann und zu welchem Preis erworben _____

Kaufrechnung liegt bei ja nein

Zeitwert zum Zeitpunkt des Schadens _____

Was ist an dem Instrument beschädigt; welcher Teil _____

Voraussichtliche Schadenhöhe _____

Kostenvoranschlag eingeholt ja (bitte beilegen) nein

Wo kann das beschädigte Instrument besichtigt werden _____

Falls Zeugen vorhanden sind

 Name _____
 Anschrift _____
 Telefon/Fax/E-Mail _____

Falls der Schaden durch Dritte verursacht wurde

SchadenverursacherIn Name _____
Anschrift _____
Telefon/Fax/E-Mail _____

Nur bei Schäden, die während der Beförderung entstanden sind

War das Instrument zur Zeit des Schadens in einem für den Transport eines solchen Instrumentes bestimmten Behältnis verpackt ja nein

Wurde das transportdurchführende Unternehmen z.B. Fluglinie, Eisenbahn, etc. in dessen Gewahrsam der Schaden eingetreten ist, haftbar gemacht ja
 nein, warum nicht _____

Nur bei Diebstahl

Behördliche Aufnahme des Schadens durch die Polizei ja nein
Dienststelle _____
Aktenzahl _____
Polizeiprotokoll beigefügt ja nein

Besteht eine Haushaltsversicherung ja nein
Gesellschaft _____
PolizzeNr. _____

Zahlung der Entschädigung

an IBAN _____ BIC _____
KontoinhaberIn _____

Vorstehende Angaben wurden nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Es ist mir bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes nach sich ziehen.

VOLLMACHT: Ich ermächtige die o.a. Versicherungsgesellschaft bzw. eine von dieser beauftragten Person, in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde und bei Gericht Einsicht zu nehmen und eine Aktabschrift anzufertigen.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift VersicherungsnehmerIn