

Schadenmeldung Technische Versicherung			Schaden-Nr. <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
			Police-Nr.
Versicherungsnehmer	Korrespondenzadresse	Telefon / Fax 061 716 90 90 061 716 90 89	Zuständige Person / E-mail direkt
	IC Unicon AG Kägenstr. 17 Postfach 4153 Reinach 1	Bankverbindung: KtoNr	MWSt-pflichtig? <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

Schilderung des Schadenherganges (allfällige Unterlagen, wie Rapporte, Fotos, Skizzen usw., bitte beifügen)

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: _____

3. Angaben zum Schaden

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
Zu reparierende / ersetzende Teile	

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 _____

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 Garantievericherung

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

7. Zusätzliche Angaben bei Betriebsunterbrechung

Der resultierende Betriebsunterbrechungs-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
