

OKV  
Ostdeutsche Kommunalversicherung  
auf Gegenseitigkeit/Abt. Schaden/Recht  
Plauener Straße 163-165, Haus C  
13053 Berlin

Kunden-/Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Verwaltung/Amt \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Ihr Zeichen \_\_\_\_\_  
Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
Schadentag/Uhrzeit \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
PLZ/Schadenort \_\_\_\_\_

## Schadenanzeige Technische Versicherung

Maschinen  BU  Elektronik  Montage

Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie, dass bewusst falsche Angaben den Verlust der Versicherungsleistung bewirken können.

### 1. Risiko

- Transport  
 Vorlagerung  
 Montage  
 Probebetrieb  
 Betrieb

Schadentag Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_  
Schadenfeststellung am Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_  
Schadenort PLZ Ort \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur polizeilichen Meldung

2.1. Welche Polizeibehörde bearbeitet den Vorgang?

Tagebuch-Nummer

\_\_\_\_\_

### 3. Beschädigtes Objekt

Nur bei Montageschäden Zutreffendes ankreuzen  Montageobjekt  Montageausrüstung  fremde Sachen

Position I

Objekt	Objektwert bei Anschaffung	Typ
_____	_____	_____
Baujahr	Fabrik.-Nr.	Betriebsstunden
_____	_____	_____
		Hersteller
		_____

### 4. Schadenbefund

\_\_\_\_\_

### 5. Schadenbehebung

durch Eigenpersonal  durch Fremdpersonal  im Herstellerwerk  in Fremdwerkstatt  durch Neuersatz

Sollte der Schaden 10.000,- EUR erreichen bzw. überschreiten, rufen Sie uns bitte an: Tel.030/914263-569

geschätzte Kosten | EUR \_\_\_\_\_

### 6. Schädiger

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

### Zeugen

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

### 7. Für Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuergesetzes

(MwSt.): Sind sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?

nein

ja

Steuersatz: %

### 8. Schadenhergang und -Ursache *(gegebenenfalls gesondertes Blatt verwenden)*

### 9. Reparaturfirma und -zeit

### 10. Schadenminderungsmassnahmen

### Zahlung

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

### Erklärung

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust der Versicherungsleistung bewirken können.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel