

<input type="checkbox"/> Bauleistungsversicherung	<input type="checkbox"/> Montageversicherung	<input checked="" type="checkbox"/> Elektronikversicherung
<input type="checkbox"/> Maschinen- und Maschinen-Garantie-Versicherung	<input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechungs-/Mehrkosten-Versicherung	
Schadenanzeige von Agentur aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		Schadenanzeige von Agentur weitergeleitet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von
Versicherungsnummer 53051674567	Schadennummer (sofern bekannt)	VD / Agentur-Nr. 53056
Versicherungsnehmer (Vorname, Name) Gem. Prax Lutter/dr. Subin		Kennung
Hausanschrift (Straße und Hausnummer) Resendam 3, 20095 Hamburg		Geburtsdatum
LKZ	PLZ	Wohnort
		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
		Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

Versicherungsnehmer (VN)

Allgemeine Schadendaten Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit) _____ um _____ Uhr Wann haben Sie erstmals davon Kenntnis erhalten? _____ um _____ Uhr	Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum) <input type="checkbox"/> mündlich <input checked="" type="checkbox"/> Vermittler telefonisch an Vermittler 25.07.2008 <input type="checkbox"/> schriftlich bei <input type="checkbox"/> Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Tier <input type="checkbox"/> Betriebsangehöriger <input checked="" type="checkbox"/> sonstige Personen
Schadenort (Straße und Hausnummer) _____ LKZ _____ PLZ _____ Wohnort _____	

Polizeiliche Aufnahme Aufnahmezeitpunkt _____ / Dienststelle _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am _____ /	Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.
--	-----------------------------

Schadenursache <input type="checkbox"/> Brand, direkter Blitz, Explosion <input type="checkbox"/> Implosion <input type="checkbox"/> Blitz, indirekt <input type="checkbox"/> Überspannung, Überstrom <input type="checkbox"/> Kurzschluss <input type="checkbox"/> Sturm, Hagel	<input type="checkbox"/> Frost, Eisgang <input type="checkbox"/> Niederschlag <input type="checkbox"/> Hochwasser/Überschwemmung <input type="checkbox"/> Leitungswasser, häusliche Abwässer <input type="checkbox"/> Höhere Gewalt <input type="checkbox"/> Diebstahl	<input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl, Raub <input type="checkbox"/> Vandalismus <input type="checkbox"/> Herstellungsfehler <input type="checkbox"/> Montagefehler <input type="checkbox"/> Bedienungsfehler, Fahrlässigkeit <input type="checkbox"/> Fremdkörper	<input type="checkbox"/> Sabotage, Böswilligkeit <input type="checkbox"/> Innere Unruhen <input type="checkbox"/> Streik, Aussperrung <input type="checkbox"/> Schäden aus Baugrund <input type="checkbox"/> Abnutzung, Verschleiß <input type="checkbox"/> Betriebseinflüsse, Bauteilausfall
--	---	--	--

Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.	Gesondertes Blatt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Skizze <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Schaden	Voraussichtliche Schadenhöhe? Sachschaden _____ EUR Unterbrechungsschaden (sofern mitversichert) _____ EUR	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit _____ %
Bis wann und wo kann der Schaden besichtigt werden?		
Mit wem kann ein Besichtigungstermin vereinbart werden? (z.B. Bauleiter, Architekt, Bauherr, Unternehmer) Name, Telefon _____		
Wer kann nähere Auskünfte zum Schaden geben? (Name und Anschrift) _____		
Wer ist der verantwortliche Betriebsleiter / Bauleiter? (Name und Anschrift) _____		
Wer ist Eigentümer der beschädigten Sachen? (Name und Anschrift) _____		
Wurde eine Sicherungsbestätigung ausgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugunsten		
Waren die vom Schaden betroffenen Sachen auch noch anderweitig versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gesellschaft: _____ Versicherungs-Nr. _____ Art (z.B. Feuer, Haftpflicht, Transport): _____		
Sind dort bereits Ansprüche angemeldet worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Schriftwechsels beifügen)		

Regressansprüche Wer hat den Schaden verursacht? (Name und Anschrift) _____ Welches persönliche oder dienstliche Verhältnis besteht zu Ihnen? _____ Bestehen Regressmöglichkeiten (z.B. gegen Hersteller, Lieferant, Reparaturfirma, Spediteur)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____ Werden diese bereits geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie des Schriftwechsels beifügen)

Gewährleistung Wann wurde die beschädigte Sache erstmals in Betrieb genommen? _____	Besteht seitens des Herstellers noch Gewährleistung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Belege

Schadenaufstellung / Kostenaufstellung	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	Kopie des Leistungsverzeichnisses	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
Materialscheine und Rapportzettel	<input type="checkbox"/> liegen bei	<input type="checkbox"/> folgen			
Kostenvoranschläge	<input type="checkbox"/> liegen vollständig bei	<input type="checkbox"/> liegen teilweise bei	<input type="checkbox"/> folgen	<input type="checkbox"/> wurden mündlich eingeholt bei	_____
Anschaffungs- bzw. Reparaturrechnungen für die vom Schaden betroffenen Sachen	<input type="checkbox"/> liegen vollständig bei	<input type="checkbox"/> liegen teilweise bei	<input type="checkbox"/> folgen		

Woran ist der Schaden entstanden?	<input type="checkbox"/> Neubauleistung	<input type="checkbox"/> Altbau	<input type="checkbox"/> Baugrund und Bodenmassen	<input type="checkbox"/> Hilfsbauten und Bauhilfsstoffe
	<input type="checkbox"/>			

Was wurde beschädigt oder zerstört?

War die vom Schaden betroffene Teilleistung zur Zeit des Schadeneintritts nach VOB Teil B § 12 Ziff 1. **rechtsverbindlich** abgenommen?

nein ja, und zwar vom Architekten Generalunternehmer Bauherren

War die gesamte Bauleistung bzw. das gesamte Bauvorhaben fertiggestellt?

nein ja, am behördliche Gebrauchsabnahme am in Benutzung genommen am

Wer hat die vom Schaden betroffene Bauleistung erstellt? (ggf. Kopie des Leistungsverzeichnisses beifügen)

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: get

STACK:

/0
-dictionary-
1