



Deutscher HandwerkerSchutz

Datenerfassungsbogen mobile und stationäre Maschinenversicherung

Persönliche Angaben und gewünschter Versicherungsschutz

Vorhandene Verträge beim Münchener Verein _____ Versicherungsnummer

*Firma / Inhaber _____

*Hauptadresse des Betriebes _____

*Betriebsart _____

Weitere Betriebe mit Anschrift 1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

*Versicherungsbeginn ____ . ____ . ____

*Laufzeit 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre

*Zahlweise Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Versicherungsschutz für mobile Maschinen

Wollen Sie mobile Maschinen versichern? Ja Nein

Wenn ja:

Gewünschter Selbstbehalt für mobile Maschinen: 500 € 1.000 € 1.500 € 2.000 €

Erfassen Sie bitte die einzelnen Geräte auf der nächsten Seite 2:

Art	Hersteller	Typ	Geräte- nummer	Baujahr	Listenpreis Maschine	Listenpreis Zubehör	Versicherungs- schutz	GAP-Deckung gewünscht? (nur bei Vollkasko und voller Deckung)	Innere Unruhen	Verleihrisiko	Auswahl des Geltungsbereichs
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK
							<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Volle Deckung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Deutschland & Anrainerstaaten <input type="checkbox"/> EU, Schweiz, Norwegen, UK

Versicherungsschutz stationäre Maschinen des Hauptbetriebes

Schutz Volle Deckung für stationäre Maschinen versichern?

Ja Nein

Wenn ja:

Gewünschter Selbstbehalt für

stationäre Maschinen:

250 € 500 € 1.000 € 1.500 € 2.000 €

Erfassen Sie bitte die einzelnen Geräte auf der nächsten Seite:

Art	Hersteller	Typ	Geräte- nummer	Baujahr	Listenpreis Maschine	Listenpreis Zubehör	GAP- Deckung gewünscht?
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vorschäden

Hatten Sie Vorschäden in den letzten 5 Jahren?

Ja Nein

Wenn ja:

- Anzahl der Schäden in den letzten 5 Jahren: _____
- Gesamt Schadenhöhe in Euro: _____

*Vorversicherungen

Wenn ja, Name des Vorversicherers _____ + Vertragsnummer _____

+ Versicherungssumme _____ + abgesicherte Gefahren _____

+ Ablaufdatum _____

*Vorantrag – Wurde ein Vorantrag bei einer Versicherung gestellt?

Ja Nein

Wenn ja, Name des Versicherers _____ Ablehnungsgrund _____