

Geräteverzeichnis zur Equipment-Versicherung

| | |
|-------|---------------|
| Name: | Stand/ Datum: |
|-------|---------------|

Falls vorsteuerabzugsberechtigt: Vers.-Summe bitte netto erfassen!

| Pos-Nr. | Gegenstand | Hersteller | Typ / Modell | Brennweite / Lichtstärke | Geräte- bzw.- Seriennummer | Vers.-Summe € |
|---------|------------|------------|--------------|--------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

Gesamtversicherungssumme (ohne Mehrwertsteuer, falls vorsteuerabzugsberechtigt):

| |
|--|
| |
|--|

Aufteilung (nur Tarif CLASSIC):

beweglich:

stationär:

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Veränderungen der Versicherungssumme (Neuzugänge oder Abgänge) bitten wir aufzugeben.
 Bei Zukäufen ist das Kaufdatum erforderlich.

Ort

Datum

Unterschrift