



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						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

Gesamtversicherungssumme (ohne Mehrwertsteuer, falls vorsteuerabzugsberechtigt):

Aufteilung:
 beweglich:
 stationär:

Versicherungsbeginn:

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt: NEIN JA

Veränderungen der Versicherungssumme (Neuzugänge oder Abgänge) bitten wir aufzugeben.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift / Versicherungsnehmer