

## 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