



Schadenanzeige Transportversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Versicherungsnehmer

Firma Telefon G / Telefon P
Korrespondenzadresse Mobile / Fax
E-Mail
PC- oder Bankkonto
MWST-pflichtig ja nein IBAN
MWST-Nummer Kontaktperson / Funktion
erreichbar

Transportmittel

Eigenes Fremdes Kontrollschild
 Strassenfahrzeug Flugzeug See-/Flussschiff Eisenbahn Anhänger Kontrollschild
 Post Paket Brief Kurier-/Expressdienst Versandart
z.Bsp. wertdeklariert

Reiseroute

Absender Empfänger
Abgangsort / Datum Empfangsort / Datum
Wurde die Ware umgeladen, resp. zwischengelagert? ja nein
Wo und bei wem?
Wer hat die Waren verladen?
Wer hat die Ware abgeladen?

Ausstellungen und Messen

Name, Ort
Datum (von / bis)

Transportgut

Bezeichnung
Anzahl / Gewicht Art der Verpackung Siegel vorhanden? intakt fehlt beschädigt
Ware im Container? ja nein
Schadenhöhe (inkl. Wahrung) Fakturawert (inkl. Wahrung)





Besteht für dieses Schadenereignis noch eine andere Versicherung?

ja nein unbekannt

Gesellschaft, Adresse

Policennummer

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)

Strasse, Nr

Land, PLZ, Ort

Amtliche Tatbestandsaufnahme

ja nein unbek.

Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen

Durch wen?

(Polizeidienststelle,
Name des Polizisten, Telefon)

Name und Adresse des Schadenverursachers, respektive -verantwortlichen

Wurde diese Firma/Person bereits
haftbar gehalten?

ja nein unbek.

Durch wen?

(Polizeidienststelle,
Name des Polizisten, Telefon)

Wurden spezielle Bedingungen
vereinbart?

ja nein unbek.

z.Bsp. ASTAG Frachtführer Haftungsbestimmungen, AB SSV?

Wenn ja, welche?

Geschädigte Partei

Name, Vorname

Telefon / Mobile

Strasse, Nr.

PC- oder Bankkonto

PLZ, Ort

IBAN

Schadenminderungsmassnahmen

Name und Adresse des Ortes, an dem die beschädigten Güter besichtigt werden können

Massnahmen die zur Schadenfeststellung und Rettung der Güter bereits getroffen wurden

Beilagen (im Original)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Handelsrechnung /
Commercial Invoice | <input type="checkbox"/> Packliste, Gewichtsliste /
Packing List, List of Weight | <input type="checkbox"/> Lieferschein /
Delivery Receipt | <input type="checkbox"/> Versicherungszertifikat /
Certificate of Insurance |
| <input type="checkbox"/> Schadenforderung /
Debit Note | <input type="checkbox"/> CMR-Frachtbrief
CMR Waybill | <input type="checkbox"/> Besichtigungsbericht (Havarie-Zertifikat) /
Survey Report | |
| <input type="checkbox"/> Luftfrachtbrief /
Airway Bill | <input type="checkbox"/> Konossement, Seefrachtbrief /
Bill of Lading | <input type="checkbox"/> Postaufgabequittung /
Postal Receipt | <input type="checkbox"/> Nachforschungsbegehren Post /
Postal Tracer |
| <input type="checkbox"/> Transport- Speditionsauftrag /
Instructions to Carrier | <input type="checkbox"/> Antwort des Transporteurs /
Reply of Carrier | <input type="checkbox"/> Haftbarhaltungsschreiben an den Transporteur /
Letter of liability to carrier | |
| <input type="checkbox"/> Definitive Verlustbestätigung /
Final Loss confirmation | <input type="checkbox"/> Weitere Korrespondenz
Further Correspondence | <input type="checkbox"/> Schadenbericht des Transporteurs /
Cargo Damage Report signed by Carrier | |



Ergänzungen

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Ferner wir der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Zudem ist der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten ermächtigt, die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten dem haftpflichtigen Dritten, bzw. dessen Haftpflichtversicherer mitzuteilen. Die unterzeichnete/n Person/en hat/haben das Recht, bei dem Versicherungsmakler, bzw. der Versicherungsgesellschaft über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorhergesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers